

Гарелик П.В., Милешко М.И., Масюкевич А.И.

НЕОДНОЗНАЧНЫЕ И ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*УО “Гродненский государственный медицинский университет”, г.Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Заболеваемость острым панкреатитом в настоящее время не имеет тенденции к снижению. Несмотря на достигнутые успехи в лечении панкреатита летальность при деструктивных формах продолжает оставаться высокой. По данным литературы за последние десятилетия в оперативном лечении панкреонекроза и его осложнений отдается предпочтение малоинвазивным технологиям. Однако, отношение к эндоскопическим и малотравматичным методикам неоднозначное. Среди хирургов имеет место дискуссия по выбору того или иного малоинвазивного пособия, продолжается обсуждение эффективности пункционных дренажных методов, выполненных под УЗИ-наведением. Иногда увлечение малоинвазивными методами приводит к запоздалым открытым вмешательствам.

Цель. На основании анализа лечения большого числа пациентов с панкреонекрозом определить показания к тому или иному методу оперативного лечения панкреонекроза.

Материал и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни 259 пациентов находившихся на лечении в клинике с различными формами панкреонекроза в течение 2007-2020 г.г. Преобладали мужчины – 200, женщин было 59 в возрасте от 19 до 94 лет. Обоснование диагноза панкреонекроза проводилось на основании клинических, лабораторных эндоскопических и лучевых (УЗИ, КТ, МРТ) методов исследования. Среди этиологических моментов возникновения панкреатита преобладал алкоголь (до 70%), реже желчекаменная болезнь (около 28%), другие причины (до 2%).

Результаты и обсуждения. У подавляющего числа пациентов панкреонекрозом лечение начинали с консервативных мероприятий в условиях отделения реанимации.

Все операции мы подразделяли на ранние и поздние. Показания к срочным (3) и экстренным (2) операциям возникли у 5 человек. У 3 пациентов причиной панкреонекроза были осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, у 2 других - молниеносная форма панкреонекроза возникла после ЭРХПГ. Нами были выполнены широкие вскрытия и наружное дренирование забрюшинных пространств, у 2 человек сформирована лапаростомия, у 1 человека - папиллосфинктеропластика.

Среди малоинвазивных вмешательств при ферментативном перитоните у 60 человек применялась лапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости. Альтернативой ему может быть пункция, иногда с

дренированием жидкостных скоплений в брюшной полости без лапароскопии, но под УЗИ-наведением, произведенная у 10 человек.

У части пациентов острый панкреатит сопровождался наличием желчной гипертензии. Это послужило основанием для выполнения декомпрессивной холецистостомы под УЗИ-контролем у 44 пациентов, еще у 9 - холестаза был разрешен с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии. Наружное отведение желчи благоприятно сказывалось на течении острого деструктивного панкреатита.

Еще одним малоинвазивным вмешательством при панкреонекрозе была пункция (37 чел., 14,3%) небольших (до 5 см в диаметре) жидкостных образований под УЗИ-контролем в сальниковой сумке или парапанкреатической клетчатке. Пункция производилась однократно через малый сальник или желудочно-ободочную связку, а у 5 человек через желудок. Жидкостные образования больших размеров (более 5 см в диаметре) дренировали под УЗИ хлорвиниловой трубкой у 40 (15,4%) пациентов. Во всех случаях стремились провести трубку вне полых органов, однако у 2 человек оказалось, что она проведена через обе стенки желудка, без всяких последствий. Малоинвазивные методики у 26 (33,8%) пациентов были не эффективными, деструктивные процессы нарастали и эти пациенты подвергнуты открытым вмешательствам.

Показанием для открытых (поздних) операций у 74 пациентов были: абсцесс сальниковой сумки или парапанкреатической клетчатки, флегмона забрюшинного пространства. Объем оперативного пособия включал: срединную лапаротомию, оментобурсостомию, некр-секвестрэктомию, санацию и наружное дренирование сальниковой сумки марлевыми тампонами и трубками, что произведено в 22 случаях. Еще у 52 человек, где гнойно-воспалительный процесс выходил за пределы сальниковой сумки, объем пособия расширялся до левосторонней люмботомии, некрсеквестрэктомии с забрюшинного пространства, санации и дренирования тампонами забрюшинной клетчатки. При высоком давлении в брюшной полости у 22 пациентов операцию завершали формированием лапаростомии, что в последующем позволяло производить санационные релапаротомии.

Расплавление забрюшинной клетчатки у 13 человек привело к аррозивным кровотечениям, у 9 пациентов образовались дигестивные свищи.

Послеоперационная летальность составила 15,1%, в том числе в асептическую стадию умерло 2 человека (5,1%), при гнойных осложнениях - 37 (94,9%).

Выводы. К проблемным и дискутабельным вопросам в выборе способа и объема оперативного лечения панкреонекроза можно отнести:

1. Не определен объем хирургического пособия при остром панкреатите, возникшем в результате травмы 12-перстной кишки при эндоскопической папиллосфинктеротомии.

2. Нуждается в обсуждении обоснование того или иного малоинвазивного пособия, у каждого 3 пациента они были не эффективными.
3. Отсутствуют четкие объективные критерии перехода асептической стадии панкреонекроза в гнойно-некротическую.
4. Полностью не определены временные рамки перехода лечения от малоинвазивного (закрытого) к открытому (традиционному).