

Довнар И.С., Дешук А.Н., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно,
Республика Беларусь*

Актуальность. Лечение тяжелого острого панкреатита (ТОП) остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной хирургии и реаниматологии. Летальность при ТОП, несмотря на достигнутые успехи в интенсивной терапии и методах хирургического лечения остается высокой (50-60%). Ни одно из применяемых на данный момент лекарственных средств не может считаться патогенетически обоснованным, терапия носит заместительный и симптоматический характер, направлена на предотвращение осложнений и множественных дисфункций.

Цель. Изучить собственные результаты хирургического лечения пациентов с ТОП, оценить эффективность лапароскопических и комбинированных способов для оптимизации лечения.

Материал и методы. В период 2017 - 2020 годов 56 пациентов с ТОП находились на стационарном лечении в клинике общей хирургии Гродненского медицинского университета. Из них женщин было 22 (39,1%), мужчин – 34 (60,9%). Возраст больных варьировал от 22 до 85 лет. Средний возраст больных составил $49,8 \pm 1,4$ лет. За исследуемый период в больницу было госпитализировано 1568 пациентов с панкреатитом, соответственно осложнения заболевания возникли у 3,6% из них.

У всех проанализированных пациентов был диагностирован поствоспалительный, инфицированный очаг или очаги в поджелудочной железе и/или перипанкреатической области. Диагноз инфекции некроза основывался не только на типичных клинических симптомах, но и на результатах УЗИ, компьютерной томографии, а в 7 случаях - на результатах микробиологического исследования.

Результаты. Пациенты с самого начала лечились в соответствии с терапевтическими стандартами ТОП. Антибактериальная терапия назначалась на начальном этапе лечения. Зондовое энтеральное питание использовалось при наличии перистальтики. Когда энтеральное питание не переносилось, проводилось парентеральное питание.

Хирургическое лечение пациентов в фазе токсемии включало преимущественное использование миниинвазивных эндоскопических (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующих вмешательств (операции под контролем УЗИ). У 19 человек с наличием ферментативного перитонита выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. Во время лапароскопии подтверждался (устанавливался) диагноз, осуществлялась эвакуация высокотоксичного выпота, брюшная полость

промывалась физиологическим раствором и в большинстве случаев дренировалась 4 дренажами. У 7 пациентов в связи с наличием желчной гипертензии была дополнена чрескожная чреспеченочная холецистостомия

Перитонеальный диализ выполняли в среднем 2-4 суток, после чего дренажи извлекали.

У 22 пациентов произведена пункция и дренирование сальниковой сумки, забрюшинных жидкостных скоплений, псевдокист или абсцессов под контролем УЗИ. Данный метод был наиболее эффективным при ограниченных жидкостных скоплениях и адекватном дренировании. Применение метода при диффузных жидкостных образованиях, а также многократные пункции обычно не приводили к выздоровлению.

Открытые операции выполнялись при невозможности применения, неэффективности, осложнениях миниинвазивных операций, а также при неограниченном гнойно-некротическом панкреонекрозе. Гнойно-септические осложнения - флегмона забрюшинного пространства, параколит, оментобурсит, плеврит, абсцессы различной локализации развились у 44 пациентов. Первично открытые операции выполнены 15 больным с гнойными осложнениями.

Общая продолжительность госпитализации составила от 11 до 93 дней. Средний койко-день среди пациентов с панкреонекрозами, оперированных миниинвазивными методами составил $24,6 \pm 11,2$. В группе пациентов оперированных лапаротомно был $44,5 \pm 21,4$.

Самый высокий уровень смертности наблюдался при лапаротомных операциях. В то же время надо понимать, что классические методы дренирования применялись у пациентов, чье общее и местное состояние было более тяжелым.

Выводы. Хирургическое лечение, включающее различные виды некрэктомии, выполняемое лапаротомно, не является идеальным; поэтому в последнее время все чаще применяются малоинвазивные методы. Когда диагностируется осложнения ОП, подходящий метод хирургического лечения должен быть выбран чрезвычайно точно и индивидуально. Минимально-инвазивные методы, используемые у отдельных пациентов, обеспечивают лучшие результаты и более высокую безопасность, заменяя классические, открытые методы хирургического лечения.