

В.П. Саганов, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев, Г.Д. Гунзынов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Результаты исследований показали, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике; корректной оценкой степени тяжести состояния больного; уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве, что вкпе позволило снизить летальность более чем в 2 раза и за последние годы резко возросло число больных с острым панкреатитом.

Ключевые слова: панкреатит, хирургическое лечение

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATONECROSIS

V.P. Saganov, E.N. Tsibikov, G.F. Zhigayev, G.D. Gunzinov

Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude

The results of researches have shown that for the past years cardinal changes therapeutic approach to patients with acute pancreatitis are conditioned by differentiated diagnostics, correct evaluation of a patient's state, specification of indications to the methods of surgical treatment and by the types of drainage operations in retroperitoneal space. All these resulted in reduction of death-rate more than 2 times.

Key words: pancreatitis, surgical treatment

В настоящее время по частоте заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит уступает только острому аппендициту и острому холециститу, являясь одной из проблемных областей неотложной абдоминальной хирургии. На этом фоне острый панкреатит отличается значительной вариабельностью клинических форм и разнообразной степенью тяжести состояния больных. Так в 70 – 80 % наблюдений острый панкреатит характеризуется относительно благоприятным и неосложненным течением, тогда как у остальных больных развитие панкреонекроза приводит к быстрому формированию комплекса тяжелых полиорганных нарушений. Несмотря на прогресс, достигнутый при консервативном лечении больных острым панкреатитом, до настоящего времени не существует метода, который позволил бы обойтись без операции у всех пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 27 больных панкреонекрозом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы с 2001 года по 2006 год.

Обследуемые пациенты распределены на два периода. В I периоде (2001 – 2003 гг.), куда вошли 11 оперированных больных с панкреонекрозом, хирургическая тактика была преимущественно активно-выжидательной. Во II периоде (2004 – 2006 гг.) оперировано 29 больных с различными формами панкреонекроза. Тогда при распростра-

ненном панкреонекрозе применялась тактика этапных некрсеквестрэктомий, которые выполняли в программируемом режиме и сочетали с «открытыми» дренирующими операциями. В условиях же ограниченного панкреонекроза нами применялась тактика «закрытого» метода дренирования, предполагающая релапаротомию по требованию.

В нашем исследовании мы использовали классификацию Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград).

К осложнениям острого панкреатита в *доинфекционную фазу заболевания* относили:

- Перипанкреатический инфильтрат
- Перитонит абактериальный (ферментативный)
- Механическая желтуха
- Асептическая флегмона парапанкреатической, параколической, паранефральной и клетчатки малого таза.

В фазу *инфицированных осложнений* острого панкреатита относили:

- Панкреатогенный абсцесс
- Перитонит фибринозно-гнойный
- Септическая флегмона парапанкреатической, параколической, паранефральной и клетчатки малого таза
- Аррозивные кровотечения
- Внутренние и наружные панкреатические свищи, свищи желудочно-кишечного тракта.

Экстраабдоминальные проявления различных форм панкреонекроза выделяли в соответствии с двухфазовым развитием заболевания:

Таблица 1
Возраст и сроки лечения больных с острым панкреатитом в различные периоды лечения

Критерии	2001–2003 гг. (n = 11)	2004–2006 гг. (n = 29)
Возраст	47 ± 11 [40–68]	41 ± 12 [16–77]
Давность заболевания, сут.	12 ± 11 [1–34]	9 ± 10 [1–30]
Койко-день, сут.	34 ± 20 [3–72]	37 ± 22 [1–64]

Таблица 2
Лабораторные показатели больных с острым панкреатитом в различные периоды лечения

Показатели	2001–2003 гг. (n = 11)	2004–2006 гг. (n = 29)
Диастаза мочи, Ед	220,1 ± 45,7 [16–128]	320 ± 299 [64–1024]
Билирубин, ммоль/л	15 ± 22 [10–72,8]	16 ± 5 [10–23]
Сахар крови, ммоль/л	5,4 ± 3,1 [3–12]	5,5 ± 0,7 [4,8–7]
Гемоглобин, г/л	125,4 ± 16,1 [89–136]	125,9 ± 28,9 [83–165]
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	9,8 ± 6 [4–17,4]	9,8 ± 4,8 [4,6–23]
Мочевина, ммоль/л	6,0 ± 2,3 [2,5–8,6]	6,3 ± 5,6 [2,4–15,8]
Общий белок, г/л	65,2 ± 9,1 [39,1–70]	61,7 ± 4 [46,1–74,5]

1. Панкреатогенный (ферментативный) шок при стерильном панкреонекрозе и его внутрибрюшных осложнениях.

2. Септический (инфекционно-токсический) шок при инфицированном панкреонекрозе и его внутрибрюшных осложнениях.

3. Полиорганная дисфункция, как при стерильном, так и инфицированном панкреонекрозе и их осложнениях.

Основным этиологическим фактором панкреонекроза более чем у половины больных (56 %) являлся алкогольный эксцесс, а у трети пациентов (32 %) – билиарный. 11 % возникновения панкреонекроза составили посттравматический и послеоперационный факторы.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола.

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации, который включал:

1. Коррекцию водно-электролитного баланса.
2. Массивную инфузионную терапию и форсированный диурез.
3. Парентеральное питание (инфузии аминокислот и изотонических растворов).
4. Антибактериальная профилактика и терапия включала парентеральное введение цефалоспоринов II, III и IV поколения, фторхинолонов, карбапенемов, антианаэробных (метронидазол) и противогрибковых (нистатин, леворин, дифлюкан) препаратов.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

– неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраня-

ющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования.

– распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст и сроки лечения в различные периоды лечения больных с острым панкреатитом практически не отличались (табл. 1).

Также мы не выявили различий и в оценке лабораторных показателей на момент первой операции у больных с острым панкреатитом в различные периоды лечения (табл. 2).

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом. Так, в 2001 – 2003 годы летальность составляла 57 %, а за последние годы нам удалось снизить ее более чем в два раза (рис. 1).

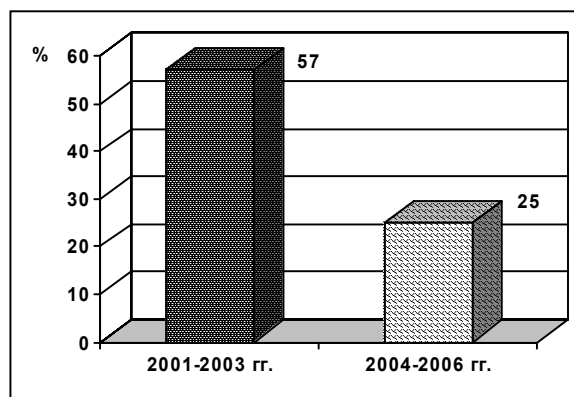


Рис. 1. Летальность при острым панкреатите в различные периоды лечения.

Таким образом, результаты исследований позволили прийти к выводу, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике; корректной оценкой степени тяжести состояния больно-

го; уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве, что в купе позволило снизить летальность более чем в 2 раза и за последние годы резко возросло число больных с острым панкреатитом.