

Выводы. Альтернативным методом купирования приступа острого холецистита в случаях, когда длительность заболевания более 48 часов, а также у пациентов в возрастной группе старше 60 лет с высокой степенью операционно-анестезиологического риска при наличии сопутствующей патологии в стадии декомпенсации является чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением. Данный метод лечения способствует достаточно быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, предупреждая развитие эмпиемы, позволяет отсрочить или отказаться от радикального оперативного лечения вообще ради сохранения жизни пациента, уменьшая длительность пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурина, А.В. Выбор метода хирургического лечения желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.17 / А.В. Гурина. - СПб, 2010. - 152 л.
2. Использование малоинвазивных технологий в лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / Е.Ю. Евтихова [и др.] // Анналы хирургич. гепатологии. - 2002. - № 1. - С. 107-108.
3. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости: стандарты диагностики и лечения / Н.В. Завада. - Минск: БелМАПО, 2005. - 117 с.
4. An ultrasound-driven needle-insertion robot for percutaneous cholecystostomy / J. Hong [et al.] // Phys. Med. Biol. - 2004. - № 3. - P. 441-455.
5. Edlund, G. Acute cholecystitis in the elderly / G. Edlund, M. Ljungdahl // Am. J. Surg. - 1990. - № 4. - P. 414-416.
6. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis / K. Welschbillig-Meunier [et al.] // Surg. Endosc. - 2005. - № 9. - P. 1256-1259.

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Довнар И.С., Милешко М.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Термином панкреатит обозначают группу заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы. Основой острого панкреатита является воспалительно-дегенеративный процесс, вызванный активацией протеолитических ферментов внутри поджелудочной железы, которые у ряда больных приводят к ее разрушению и образованию панкреонекроза. Основной проблемой в хирургической панкреатологии является лечение именно панкреонекроза, что обусловлено возрастанием количества больных и высокой летальностью в связи с развитием панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности и выраженных гнойно-некротических осложнений [1, 2, 3].

Цель. Анализ результатов современных малоинвазивных и традиционных оперативных вмешательств у больных с панкреонекрозом.

Методы исследования. В клинике общей хирургии за 9 лет находился на лечении 3371 больной острым и хроническим панкреатитом, из них у 190 (5,6%) пациентов имел место панкреонекроз. Причинами развития панкреатита у 1490 (44,2%) пациентов были злоупотребление алкоголем, у 1325 (39,3%) – заболевания желчного пузыря и желчных протоков. Панкреонекроз в большинстве случаев явился осложнением алкогольного панкреатита. Возраст больных варьировал от 19 до 93 лет. Средний возраст больных женщин составил $45,6 \pm 1,3$ лет, и мужчин $47,9 \pm 1,2$ лет.

Диагноз панкреонекроза ставился на основании клинических, лабораторных данных и ультразвукового исследования поджелудочной железы в динамике. Во многих случаях выполнялось КТ или МРТ брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Стандартное лечение отечной формы острого панкреатита включало применение комплекса консервативных мероприятий. Даже при установленной билиарной причине возникновения панкреатита, от выполнения радикальных операций на фоне обострения старались воздерживаться из-за высокого риска развития послеоперационных осложнений. Такая тактика принята в большинстве ведущих клиник мира.

Хирургическое лечение больных включало использование открытых (лапаротомных), лапароскопических и пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ. За последние годы нами отмечено некоторое снижение числа открытых операций по поводу панкреонекроза, что возможно связано с улучшением качества диагностики этой патологии и выставлению более строгих показаний к лапаротомии. Это обусловлено внедрением в повседневную практику комплексной целенаправленной патогенетической программы консервативного лечения панкреонекроза и выполнением технологии малых хирургических вмешательств под УЗ контролем, в процессе которых saniруются абсцессы сальниковой сумки, поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Эта методика не является полной альтернативой радикального хирургического лечения панкреонекроза, но при наличии ограниченных жидкостных скоплений и при возможности полноценного дренирования она может быть не только первым, но и единственным оперативным вмешательством у данных пациентов.

Лапароскопия по поводу ферментативного перитонита выполнена у 76 пациентов в процессе которой осуществлена санация и дренирование брюшной полости. 32 больным с желчной гипертензией операция дополнена холецистостомией. У 12 больных дополнительно дренировалась сальниковая сумка. При прогрессировании процесса, возникновении гнойных осложнений проводилась лапаротомия. Послеоперационная летальность после лапароскопических операций составила 9,6%.

Острые жидкостные внутрибрюшинные и забрюшинные скопления, несформировавшиеся ранние псевдокисты, абсцессы служили показанием к пункционно-дренирующим вмешательствам под контролем УЗИ, которые были выполнены 60 больным. Санационно-диагностическая пункция осуществлена у

25 и пункция в сочетании с дренированием – у 35 пациентов. В большинстве случаев из полости аспирировали серозно-геморрагический экссудат с высокой концентрацией амилазы. В парапанкреатическое пространство или в полость псевдокисты вводили раствор антибиотиков. Однократные пункции не всегда обеспечивали необходимый лечебный эффект. У 9 больных выполнялись повторные пункции. При наличии серозно-геморрагического содержимого вопрос о дренировании решался индивидуально. Гнойное содержимое являлось обязательным показанием для дренирования. Метод оказался неэффективным у 11 больных, оперированы открытым методом.

Основным направлением в лечении билиарного панкреатита является хирургическая коррекция панкреатобилиарной гипертензии. Декомпрессия желчных путей применена у 24 пациентов с панкреонекрозом. Основной операцией, применяемой с данной целью являлась холецистостомия. Показаниями к наложению холецистостомы мы считаем: увеличенный желчный пузырь и признаки внутрипеченочной гипертензии по данным УЗИ при наличии клиники острого панкреатита.

Только компонентом комплексной интенсивной терапии панкреонекроза являются малоинвазивные вмешательства. Из 190 больных панкреонекрозом они применены у 148 (77,9%). В 16,9 % случаев данные операции не привели к полному выздоровлению больных, что потребовало применения открытых операций. Эффективность пункционно-дренирующего метода выше при четко сформированной жидкостной полости, чем при тканевом пропитывании жидкостью с множественными очагами. При лапаротомии вскрывалась сальниковая сумка, некрэктомия и дренирование забрюшинного пространства. У 12 больных выполнена люмботомия. Из 37 больных оперированных лапаротомно у 11(29,7%) купировать процесс не удалось, возникли арозивные кровотечения, деструкция органов с летальным исходом. Из 160 оперированных умерло 21 больных (13,1%). Послеоперационная летальность при панкреонекрозе в клинике до применения малоинвазивных операций в среднем составляла 30%.

Выводы. Активное применение патогенетически обоснованных методов лечения панкреонекроза, в том числе и малоинвазивных технологий, направленных на купирование синдрома эндогенной интоксикации и предотвращение развития гнойно-септических осложнений, позволяет снизить число открытых операций и уменьшить послеоперационную летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивануса С.Я., Лазуткин М.В., Шершень Д.П. и др. Современные представления о патогенезе, диагностике и хирургическом лечении билиарного панкреатита // Вестник хирургии, 2017. – С. 120-123.
2. Салахов Е.К., Власов А.П. Лечение панкреонекроза, осложненного распространенным перитонитом // Хирургия, 2017. - № 5. –С. 27-30.
3. Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Смирнов А.В. Лучевая диагностика и тактика хирургического лечения хронического панкреатита // Хирургия, 2017. - № 5. – С. 4-12.