

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Довнар И.С., Дубровицк О.И., Русин И.В.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Острый панкреатит является одним из сложнейших и распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии. Диагноз ставится на основании клинического осмотра, УЗИ, КТ, МРТ и лапароскопии. Согласно многим литературным сведениям, данная патология выходит на второе место после острого аппендицита в хирургических стационарах. В разных клиниках летальность при гнойно-некротических поражениях поджелудочной железы достигает 30-80%. Ведущий способ снижения летальности при некрозе поджелудочной железы – своевременная диагностика, госпитализация и раннее начало патогенетического лечения (1). В то же время широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств даёт возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики (2, 3).

Цель. Изучить эффективность малоинвазивных оперативных вмешательств у пациентов с острым панкреатитом в различные периоды заболевания.

Методы исследования. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2020 по 2024 год, находилось на лечении 1658 пациентов с панкреатитом, из них 95 (5,7%) пациентов были с панкреонекрозом у 46 диагностированы гнойные осложнения. Больные были в возрасте от 18 до 94 лет. Среди пациентов с панкреонекрозом мужчин – 61 (64,2%), женщин – 34 (35,8%).

Большинство пациентов четко связывали появление первых симптомов с погрешностями в диете и приемом алкоголя. 31 пациент с деструктивным панкреатитом поступил в стационар в состоянии сильного алкогольного опьянения, что говорит об очень быстром развитии патологических изменений в поджелудочной железе.

Проанализированы результаты лечения пациентов, у которых применены комплексная консервативная терапия и малоинвазивные хирургические методы: лапароскопии, пункции и пункционное дренирование под контролем УЗИ.

Результаты и их обсуждение. Лечение острого интерстициального панкреатита включало интенсивную инфузионную терапию с проведением форсированного диуреза под контролем функции почек, по показаниям проводились активные методы детоксикации: гемофильтрация, фильтрационный безаппаратный плазмаферез, мембранная плазмасепарация; осуществляли подавление внешнесекреторной функции поджелудочной железы

назначением октреотида, сандостатина, а также применением антиферментных препаратов. Обязательным компонентом лечения являлась антибиотикотерапия с целью профилактики гнойных осложнений. Предпочтение отдавали карбопенемам и фторхинолонам последнего поколения. По показаниям применялись продленная искусственная вентиляция легких при острой дыхательной недостаточности, медикаментозная поддержка гемодинамики при острой сердечно-сосудистой недостаточности, продленная перидуральная блокада при паралитической кишечной непроходимости, направленная иммунокоррекция при нарушении иммунного статуса пациентов.

Хирургическое лечение пациентов в фазе токсемии включало преимущественное использование миниинвазивных эндоскопических (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующих вмешательств (операции под контролем УЗИ). Быстро прогрессирующая интоксикация, развитие симптомов перитонита вынудили предпринять диагностическую и лечебную лапароскопию. Она была произведена у 20 (21,1 %) пациентов и сводилась к эвакуации экссудата, дренированию брюшной полости и сальниковой сумки и при необходимости декомпрессии желчных путей, которая выполнена у 8 (8,4%) пациентов. При распространении процесса на парапанкреатическую клетчатку при лапароскопии производилась перитонеотомия и дренирование забрюшинного пространства, которые были выполнены у 5 пациентов. При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их пункцию и/или дренирование под контролем УЗИ. Такие малоинвазивные вмешательства выполнены у 21 (22,1 %) пациента. При этом в 15 случаев эвакуировано мутно-бурое содержимое, а у 6 гнойное.

При нелокализованных гнойных очагах предпочтение отдавали лапаротомным вмешательствам.

Применение малоинвазивных методов у больных с острым панкреонекрозом позволяло удалить агрессивное содержимое из брюшной полости, уменьшить эндотоксикоз, снизить частоту выполнения широких лапаротомий при панкреатогенном перитоните и стерильном панкреонекрозе. Использование активной лечебно-диагностической тактики при панкреонекрозе, в сочетании с малоинвазивными методами, значительно уменьшало токсемию, развитие полиорганной недостаточности и способствовало профилактике поздних постнекротических осложнений. В то же время следует отметить, что применение пункционно-дренажных методов лечения при гнойных осложнениях панкреатита в 32 (33,7%) случаях в конечном итоге заканчивалось выполнением лапаротомии и люмботомии. Наиболее хорошие результаты применения пункционно-дренажных методов наблюдали при лечении нагноившихся, в том числе напряженных кист поджелудочной железы. Значительно худшие исходы отмечались при лечении распространенных флегмон даже при использовании нескольких дренажей и повторных пункций. Поэтому целесообразность применения пункционно-дренажных методов при распространенных инфицированных жидкостных скоплениях в брюшной полости и парапанкреатической клетчатке является

дискутабельной темой. Однозначного мнения нет. Возникает вопрос не упускаем ли мы время для выполнения открытых широких дренирований, даже при получении временного положительного результата.

Все пациенты с панкреонекрозом были оперированы. Из 95 пациентов с панкреонекрозом умерло 5. Средняя длительность стационарного лечения пациентов составила 19 дней.

Выводы. Для улучшения результатов лечения пациентов с деструктивным панкреатитом следует своевременно применять, по показаниям, все возможные современные хирургические технологии. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения с применением на ранних стадиях малоинвазивных оперативных вмешательств, способствует улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности.

Целесообразно разработать четкие критерии для выполнения пункционно-дренажных методов и наоборот в каких случаях следует воздержаться от первичного применения данных методов при панкреонекрозе.

Список литературы

1. Грановский, А. П. Дренирование под навигацией компьютерной томографии при деструктивных панкреатитах алкогольной этиологии: тактика лучевого диагноста и клинические исходы / А. П. Грановский // Медицинская визуализация. – 2007. – № 6. – С. 102-105. – edn: JXBGZZ.

2. Дмитриев, А. В. Особенности лечебно-диагностической тактики при билиарном панкреатите / А. В. Дмитриев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 282. – edn: STROUB.

3. Возможности эндоскопических технологий в лечении больных острым билиарным панкреатитом / К. Г. Кубачев, Э. Г. Абдуллаев, М. С. Качабеков, А. Э. Абдуллаев // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2010. – Т. 15, № 4. – С. 24-28. – edn: NCSLYV.

ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СУБОРДИНАТОРОВ-ХИРУРГОВ В СИМУЛЯЦИОННО-АТТЕСТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Дубровицк О.И., Гарелик П.В., Довнар И.С.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Использование тренажёров симуляторов по хирургическому профилю в учебной программе субординаторов – позволяет чётко отработать, в процессе обучения, алгоритм и технику выполнения хирургических приёмов, повысить собранность и уверенность действий у постели пациента. Открывает возможности для субординаторов-хирургов