

18-20 сентября в г. Донецке прошел XX Международный конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», в котором приняли участие ведущие специалисты из России, Украины, Молдовы, Беларуси, Узбекистана. На юбилейном форуме были всесторонне освещены новые достижения хирургической гепатологии и панкреатологии, рассмотрены вопросы профилактики послеоперационных осложнений и другие актуальные проблемы. Немало докладов было посвящено современным подходам в лечении тяжелых форм острого панкреатита, с кратким содержанием которых мы предлагаем ознакомиться нашим читателям.



Заведующая отделом хирургии печени и метаболической хирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова», доктор медицинских наук, профессор Татьяна Геннадьевна Дюжева посвятила свой доклад ключевым вопросам диагностики и лечения тяжелого острого панкреатита, определяющим

дифференцированную тактику ведения больных.

— Высокая летальность при тяжелом остром панкреатите (ОП) обусловлена наличием некрозов в поджелудочной железе (ПЖ), распространенным поражением забрюшинной клетчатки и инфицированием. Ситуация осложняется тем, что в настоящее время отсутствуют КТ-критерии развития парапанкреатита и не определена тактика лечения на их основе.

С целью выявления основных признаков, определяющих тяжесть течения заболевания, возможности внедрения дифференцированного подхода к лечению таких больных, нами было проведено исследование. В его основу легли результаты лечения 220 больных тяжелым ОП. 127 больным выполнили КТ с болюсным введением контрастного препарата, 63 — мониторинг внутрибрюшного давления, всем больным — комплексное консервативное лечение, дополненное этапными пункциями и/или чрескожным дренированием острых жидкостных скоплений (ОЖС) с последующим проведением операций и повторных вмешательств через локальные забрюшинные доступы. У подавляющего большинства пациентов первое КТ-исследование проводилось до 7 дней от начала заболевания. Некрозы выявили у 79 больных (64%).

КТ с болюсным контрастированием, проведенная в первые дни заболевания, позволила выявить некоторые предикторы парапанкреатита. Выяснилось, что глубокие, даже небольшого объема, некрозы ПЖ, занимающие более 50% поперечного сечения в сагитальной плоскости (поперечные некрозы) с сохраненной жизнеспособной паренхимой, расположенной дистальнее некроза, обуславливают внутрипротоковую гипертензию и повреждение главного панкреатического протока (ГПП). Панкреатический сок при этом поступает в салениковую сумку и забрюшинную клетчатку, формируя внутренний панкреатический свищ. О его развитии свидетельствовала высокая (более 2000 Е/л) активность α -амилазы в жидкости, полученной при повторных пункциях стерильных ОЖС. Парапанкреатит чаще развивался при локализации глубокого некроза в головке, перешейке или теле, реже — в хвосте ПЖ.

Инфицирование и летальные исходы чаще наблюдались у пациентов с глубокими некрозами головки, перешейка и тела ПЖ. Общепринятая выжидательная тактика ведения таких больных до развития инфицирования оказалась неэффективной. Выполнение ранних, до развития инфицирования, пункционно-дренирующих вмешательств по поводу ОЖС с высокой активностью α -амилазы и эндоскопическая реканализация ГПП в зоне некроза с последующей операцией на 4-й неделе заболевания способствовали снижению летальности. Активность α -амилазы в жидкости, полученной при повторных пункциях ОЖС при интерстициальном панкреатите, существенно снижалась. Эффективной представляется консервативная терапия у таких больных, дополненная пункцией ОЖС большого объема (более 100 мл) с целью профилактики инфицирования.

Таким образом, основной задачей диагностики ОП является раннее выявление предикторов парапанкреатита (глубокие поперечные некрозы ПЖ с дистально

Новое в хирургии тяжелых форм острого панкреатита



расположенной жизнеспособной паренхимой). При наличии парапанкреатита и выявлении признаков стойкой внутрибрюшной гипертензии у больных с полиорганной недостаточностью в первые 5-7 дней целесообразно проведение ранних пункций ОЖС и декомпрессии брюшной полости. Выжидательная тактика показана больным без КТ-некрозов ПЖ и с некрозами хвоста. При локализации глубоких некрозов в головке, перешейке, теле ПЖ с сохранением жизнеспособной паренхимы ПЖ дистальнее некроза (угроза внутреннего панкреатического свища) показано двухэтапное лечение, включающее миниинвазивные вмешательства на стадии стерильных некрозов с последующим проведением секвестрэктомии в более поздние сроки.



Заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук, профессор Петр Геннадьевич Кондратенко рассказал об основных принципах выбора хирургической тактики и антибактериальной терапии при панкреонекрозе, основываясь на анализе результатов лечения пациентов с ОП.

— Мы проанализировали результаты лечения 7984 пациентов с ОП в возрасте от 18 до 79 лет, которые находились в клинике хирургии и эндоскопии с 1979 по 2012 г. Из них 6970 (87,3%) лечили консервативно, 1014 (12,7%) — оперативно. Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 2124 (26,6%) больных, от 25 до 72 ч — у 5053 (63,3%), более 72 ч — у 807 (10,1%).

У большинства больных имело место легкое течение заболевания (86%), у 12% — тяжелое и у 2% — крайне тяжелое. Пациенты были разделены на группы в зависимости от вида хирургического вмешательства (лапаротомия, пункционные дренирующие оперативные вмешательства под контролем ультрасонографии) и наличия осложнений (гнояный перитонит). Все пациенты в комплексной схеме лечения обязательно получали антибактериальную терапию цефалоспорином III-IV поколения, фторхинолоном либо карбапенемами.

У пациентов первой группы (n=217; 1979-1998 гг.) при развитии гнойных осложнений основным хирургическим вмешательством была лапаротомия, в том числе и ранняя (летальность составила 39,2%).

У пациентов второй группы (n=84; 1999-2001 гг.) мы отказались от выполнения ранних вмешательств. Лапаротомия выполнялась только при развитии гнойных осложнений (летальность составила 27,4%). Пациентам третьей группы (n=246; 2002-2005 гг.) преимущественно применялись пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука, люмботомия при гнойных осложнениях, а также эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства при билирном панкреатите (летальность составила 13,4%, при небилирном панкреатите — 15,8%, при билирном — 2,3%).

Больным четвертой группы (n=467; 2006-2012 гг.) показаны к выполнению хирургического вмешательства, сроки его выполнения и выбор оперативного вмешательства зависели от фазы течения патологического процесса и развившихся осложнений. При ферментативном перитоните применяли лапароскопическое дренирование брюшной полости или лапароцентез,

а при разлитом гнойном перитоните — лапаростомии и программированные санации брюшной полости. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в салениковой сумке и забрюшинной клетчатке (при объеме жидкостного образования по данным сонографии — 50 мл и более в салениковой сумке и 100 мл и более в забрюшинной клетчатке), а также при абсцессе салениковой сумки и флегмоне забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления применяли пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука. При асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракальной клетчатки и при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот» применяли вскрытие и дренирование флегмоны поясничным (внебрюшинным) доступом. При ограниченных участках некротизированной (инфицированной) паренхимы ПЖ (секвестрах) достаточно больших размеров в области тела и хвоста ПЖ их удаляли из мини-доступов, внебрюшинно (путем люмботомии), а при локализации в области головки ПЖ выполняли лапаротомию, некрэксектэктомию, оментобурсостомию. При билирном панкреатите применяли эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства. Летальность составила 6%: при небилирном панкреатите — 7,5%, при билирном — 2,2%. При асептическом панкреонекрозе данная тактика в сочетании с антибактериальной терапией позволила у 95,5% пациентов избежать развития гнойных осложнений, летальность составила 4,5%. При гнойном панкреонекрозе летальность составила 12,5%.

По данным проведенного нами исследования, при парапанкреатическом инфильтрате без асептических жидкостных скоплений наиболее высокую эффективность продемонстрировали карбапенемы. При использовании антибиотиков данной группы в 32% случаев удалось избежать применения каких-либо хирургических вмешательств, тогда как в случае назначения фторхинолонов — только в 13% случаев.

Но на фоне применения карбапенемов удалось избежать развития гнойных осложнений при локализации асептических жидкостных скоплений в салениковой сумке у 98% пациентов, а цефалоспоринов и фторхинолонов — у 90% пациентов. При локализации жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке эффективность антибиотиков отличалась более существенно, составив 81 и 33% соответственно.

Летальность пациентов, получавших цефалоспорины и фторхинолоны, составила 7,7%, тогда как в группе карбапенемов не было ни одного летального случая. При распространенном гнойном перитоните летальность на фоне проведения лапаротомии и дренирования брюшной полости составила 50%, лапаротомии и дренирования брюшной полости с программируемой санацией — 40%. При этом летальность больных с гнойным перитонитом, которым выполняли лапаротомию, достоверно отличалась в зависимости от применяемых антибиотиков. Так, на фоне терапии фторхинолонами она составила 55%, цефалоспорином — 40%, карбапенемами — 33,3%.

Еще более существенные различия были установлены у пациентов с абсцессом салениковой сумки. Независимо от вида хирургического вмешательства (лапаротомия или миниинвазивная операция) среди больных, получавших карбапенемы, не было зафиксировано ни одного летального случая. Летальность пациентов в группе цефалоспоринов после лапаротомии

составила 12,5%, пункционно-дренирующих оперативных вмешательств – 5,9%. Среди больных, получивших фторхинолоны, показатели летальности в зависимости от вида вмешательства составили 5,9 и 3,9%, соответственно.

У пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки лучших результатов удалось достичь при выполнении миниинвазивных вмешательств. При этом показатель летальности в группе карбапенемов составил 12,5%, цефалоспоринов – 14,3%, фторхинолонов – 16,7%. В случае выполнения лапаротомии летальность в соответствующих группах была 0, 22,2 и 38,1%.

При сочетании абсцесса сальниковой сумки с флегмоной забрюшинной клетчатки летальность была очень высокой – 66,7% на фоне приема фторхинолонов независимо от применяемой хирургической тактики. Использование карбапенемов позволило достичь достоверно меньших показателей летальности – 50% при выполнении лапаротомии и 25% при выполнении пункционно-дренирующих операций под контролем УЗИ либо люмботомии.

Таким образом, показания к выполнению хирургического вмешательства, сроки его выполнения, выбор способа и объема операции, а также этапность их применения должны зависеть от фазы течения болезни и развившихся осложнений. Отказ от ранних полостных хирургических вмешательств, более широкое применение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука прежде всего при асептическом панкреонекрозе, а также эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства при билиарном панкреатите позволяют значительно снизить число гнойных осложнений заболевания и послеоперационную летальность.

Карбапенемы оказались эффективными антибиотиками в комплексном лечении острого инфицированного некротического панкреатита независимо от распространенности панкреонекроза. Менее эффективны цефалоспорины III и IV поколений и еще менее эффективны фторхинолоны.



Результаты лечения инфицированного панкреонекроза, достигнутые при выборе соответствующей хирургической тактики, представил **доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии лечебного факультета Ташкентской медицинской академии Мурод Шавкатович Хакимов.**

– С целью улучшения результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом и разработки единого лечебно-диагностического стандарта были проанализированы результаты обследования и лечения 98 больных с инфицированным панкреонекрозом (68 пациентов – группа сравнения, 30 – опытная группа).

В группе сравнения у 23 больных панкреонекроз был диагностирован во время хирургического вмешательства с подозрением на другую острую хирургическую патологию, 15 больных – при поступлении на основании клинической картины и данных УЗИ. У остальных 30 пациентов лечебные мероприятия были начаты с консервативной терапии, при неэффективности которой проводили оперативное лечение: вскрытие, санацию, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. В случае наличия острого холецистита выполняли холецистэктомию с холангиостомией. В послеоперационном периоде всем пациентам проводился непрерывный капельный лаваж сальниковой сумки растворами аминокaproновой кислоты и фурацилина, а также интенсивная терапия (использование длительной внутриартериальной катетерной инфузии).

В опытной группе инфицированный панкреонекроз диагностировали на основании результатов КТ и тонкоигольной аспирационной биопсии и в случае подтверждения диагноза выполняли экстренное оперативное вмешательство. При невозможности определения характера панкреонекроза проводили диагностическую лапароскопию.

Оперативное вмешательство заключалось в широкой срединной лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости и сальниковой сумки по предложенной нами методике и оментобурсостомии. Предложенный способ дренирования сальниковой сумки заключался в установке трех дренажей: один

тонкий дренаж устанавливается в верхней половине сальниковой сумки через обе подреберные области с проведением через сальниковое отверстие (отверстие Винслоу) с целью введения антисептиков два толстых двухпросветных дренажа, устанавливаемые через обе боковые области живота на дно сальниковой сумки – для оттока промывных вод).

Санацию проводили 0,1% электролитного водного раствора гипохлорита натрия. При распространенном панкреонекрозе через 7-10 дней в средней трети послеоперационной раны распускали швы на протяжении 4–5 см, распускали швы на желудочно-ободочной связке и вскрывали сальниковую сумку с последующим формированием оментобурсостомы. Через сформированную оментобурсостому проводили санацию и некрэктомию. Эффективность проводимой этапной санации оценивалась периодическим КТ-контролем.



В группе сравнения частота послеоперационных осложнений составила $52,9 \pm 6,1\%$ (36 наблюдений), летальность – $27,9 \pm 5,4\%$ (19 случаев). В опытной группе эти показатели составили $30,0 \pm 8,4\%$ (9 наблюдений) и $16,7 \pm 6,8\%$ (5 случаев) соответственно.

Предложенная хирургическая тактика при инфицированном панкреонекрозе позволила достичь значительного улучшения результатов лечения данной категории больных.



Руководитель отдела хирургии поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчных протоков Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Михайлович Копчак рассказал о результатах дифференцированного индивидуализированного хирургического лечения умеренно тя-

желого и тяжелого ОП.

– В нашей работе были проанализированы результаты лечения 569 больных с умеренно тяжелым и тяжелым ОП в возрасте от 18 до 79 лет (108 женщин и 461 мужчина). Асептические формы некротического панкреатита в основной группе отмечены у 67,2% больных, в контрольной – у 58,8%. Гнойно-септические осложнения у 32,8 и 41,2% соответственно. ОП рассматривали как фазное заболевание, что и определяло лечебную тактику. Различали ферментативную, реактивную фазы, фазу расплавления и секвестрации, фазу реституции.

Алгоритм лечения выбирали индивидуально, соответственно фазам и особенностям течения заболевания. Начинали терапию с консервативных методов. Применение

разработанного нами комплекса медикаментозных мероприятий (эффективное обезболивание, коррекция нарушений гемодинамики, угнетение секреторной активности ПЖ, коррекция иммунных нарушений, дезинтоксикация, адекватное белково-энергетическое обеспечение, профилактика возникновения стрессовых язв и гнойной инфекции, гепатопротекция) позволило в 150 (38,8%) случаях достичь выздоровления у больных основной группы без каких-либо вмешательств, в том числе и диаплевтических.

Чрескожные вмешательства под контролем ультразвукографии выполнены у 193 (49,9%) больных основной группы и у 44 (24,2%) пациентов контрольной группы. Чрескожные вмешательства под контролем ультразвукографии были окончательными у 24 (13,2%) больных контрольной группы и у 104 (26,9%) больных основной группы. Применение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ позволило стабилизировать состояние у 181 (46,8%) больного основной группы, что проявлялось значительным улучшением клинико-лабораторных показателей. У 12 больных основной группы (пациенту с ограниченными локальными поражениями ПЖ и парапанкреатического пространства) выполнены селективные мини-лапаротомные и мини-люмботомические вмешательства.

В 14 наблюдениях у больных ОП, осложненным забрюшинным скоплением жидкости (2), псевдокистами с наличием секвестров (8), абсцессами (4), нами впервые в Украине была применена селективная транслюмбальная забрюшинная санация патологического очага с помощью нефроскопа.

Лапаротомию выполнили у 128 (33,1%) больных основной и у 104 (57,1%) – контрольной группы. Показаниями к лапаротомии были: прогрессирование перитонита, билиарного панкреатита при наличии деструктивного калькулезного холецистита, желтухи, холедохолитиаза, которые не удалось устранить с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии; ухудшение состояния больного, несмотря на проведение интенсивной терапии, миниинвазивных вмешательств; увеличение инфильтрата ПЖ или парапанкреатической клетчатки при неэффективности консервативного и миниинвазивного лечения; инфицирование очагов асептического некроза, наличие кровотечения из очагов некроза; перфорация полых органов и наличие свищей; предположение о наличии другого острого заболевания органов брюшной полости.

Количество релапаротомий в контрольной группе составило 15,4%, в основной – 9,0%. Частота осложнений в основной группе больных была в 2,3 раза меньше, чем в контрольной (18 и 41,4% соответственно).

Таким образом, дифференцированный индивидуализированный подход, с учетом этапности течения ОП, в соответствии с вариантами течения и фазами заболевания, широкое применение миниинвазивных, селективных малотравматических мини-лапаро- и мини-люмботомий, видеоэндоскопических вмешательств позволяют существенно улучшить результаты хирургического лечения больных с умеренно тяжелым и тяжелым ОП.

Мы считаем, что чем позже от начала возникновения заболевания проведено открытое оперативное вмешательство, тем выше эффективность операции. При ранней лапаротомии у больных с острым некротическим панкреатитом (ОНП) невозможно максимальное удаление девитализированных тканей ПЖ. Таким больным обычно выполняют лишь дренирующие операции, которые нередко в дальнейшем требуют повторной, «программированной» лапаротомии. Проведение многоэтапных санационных операций, которые каждый раз сопровождаются разрушением защитного барьера, служат причиной генерализации инфекции и инициируют вторичное инфицирование ПЖ.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Михаил Васильевич Данилов рассказал об эффективности хирургического (традиционного и минимально инвазивного) лечения при тяжелом панкреонекрозе в сочетании с интра- и парапанкреатическими жидкостными образованиями.

– Целью данного исследования было провести сравнительную оценку результативности минимально инвазивных и традиционных вмешательств в хирургическом лечении ОНП тяжелого течения, осложненного развитием интра- и парапанкреатических жидкостных образований.

– Целью данного исследования было провести сравнительную оценку результативности минимально инвазивных и традиционных вмешательств в хирургическом лечении ОНП тяжелого течения, осложненного развитием интра- и парапанкреатических жидкостных образований.

Продолжение на стр. 12.

Новое в хирургии тяжелых форм острого панкреатита

Продолжение. Начало на стр. 10.



За период с 2000 по 2013 г. на различных этапах хирургического лечения осложненного панкреатита у 106 пациентов были выполнены чрескожные пункционно-катетеризационные вмешательства под контролем ультразвукографии в следующих клинических ситуациях: ОЖС – 44,3% (n=47), псевдокисты ПЖ – 27,3% (n=29), интра- и парапанкреатические абсцессы 28,3% (n=30). У 89 пациентов выполнили щадящие вмешательства в стадии острого некротизирующего панкреатита, а 17 пациентам – минимально инвазивные вмешательства производили по поводу сформированных интра- и парапанкреатических постнекротических псевдокист, возникших как осложнения рецидивирующего панкреатита. В 53 случаях чрескожные вмешательства носили характер единственного и завершающего способа хирургического лечения. У 24% пациентов миниинвазивные методы разрешения осложненной панкреатита были неэффективными (n=26) либо сопровождались осложнениями (n=6), что требовало выполнения открытых лапаротомных операций. В 6 случаях после пункционного лечения кистозных образований возникли стойкие наружные панкреатические свищи, потребовавшие в последующем формирования панкреатогастродуоденальных анастомозов. У 18 пациентов пункционные вмешательства явились вспомогательными или дополнительными методами лечения осложнений открытых операций на ПЖ.

Эффективность пункционно-катетеризационных вмешательств в лечении осложнений панкреатита (ОЖС – 29,7%, псевдокист ПЖ 72,4%, n=21, абсцессов ПЖ 73,3%, n=22), существенно отличалась и зависела от распространенности некротического процесса в ПЖ и парапанкреатическом пространстве и от локализации очагов. Минимально инвазивные хирургические вмешательства, оказавшиеся осложненными (n=6) или неэффективными (n=30) требовали последующего выполнения лапаротомных корригирующих вмешательств. Основными причинами неэффективности пункционно-катетеризационных методов были: недостаточность дренирующих катетеров и прогрессирование на этом фоне основного заболевания; переоценка эффективности методов минимально инвазивной хирургии; в ряде случаев «несопоставимость» возможностей этих методов с распространенностью деструктивного процесса.

Непосредственными осложнениями минимально инвазивных лечебных процедур являлись: кровотечение в полость кисты (2), оставление части дренирующего катетера в полости кисты (1), травма смежных органов, в частности субкапсулярная напряженная гематома печени (1), травма селезенки с внутрибрюшным кровотечением (1), пневмоторакс (1).

Методы минимально инвазивной хирургии показали высокую эффективность при очаговых необширных деструктивных поражениях (жидкостных образований) ПЖ и парапанкреатической клетчатки. При распространенных формах деструктивного панкреатита эффективность пункционно-катетеризационных вмешательств остается ограниченной, и их выполнение может рассматриваться в качестве подготовительных мероприятий перед последующими расширенными лапаротомными операциями.



Заведующий кафедрой общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, научный руководитель Киевского центра хирургии заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы им. В.С. Земскова, доктор медицинских наук, профессор Алексей Иванович Дронов представил результаты терапии тяжелого ОНП в соответствии с разработанным алгоритмом.

– Были проанализированы результаты терапии 1197 больных с тяжелым ОНП (20,4% с билиарным и 79,4% с алиментарным панкреатитом), которые находились на

лечении в Киевском городском центре хирургии печени и ПЖ с 2008 по 2012 год: 406 мужчин и 101 женщин.

Клиническую форму заболевания определяли по классификации Атланты (1992). В лечении ОНП мы использовали дифференцированный подход в зависимости от клинико-морфологической формы, тяжести и течения заболевания, объема поражения железы.

Всем пациентам проводили многокомпонентную интенсивную терапию, которая включала:

- этиопатогенетическую терапию (борьба с болью, восстановление гемодинамики, коррекция гемокоагуляционных нарушений, ингибирование синтеза ферментов аутолиза в железе);
- адекватное обезбоживание (продолжительная эпидуральная анальгезия ропивакаином 4–10 мл/ч);
- купирование SIRS (аппаратный лечебный плазмафарез 1–6 сеансов);
- коррекцию функционального состояния жизненно важных органов и систем организма (респираторная, гемодинамическая и нутритивная поддержка);
- профилактику абдоминального компартмент-синдрома (нормализация внутрибрюшного давления);

– раннюю диагностику и профилактику осложнений с последующим адекватным медикаментозным, малоинвазивным и хирургическим лечением.

В случае применения инвазивных методик проводилась антибиотикопрофилактика.

Малоинвазивные методики (пункции под контролем ультразвука) применяли:

- при наличии свободной жидкости в брюшной полости, отсутствии в течение 3 сут с момента заболевания эффекта от проводимой интенсивной терапии, стойкого пареза кишечника, нарастания эндотоксемии – дренирование только брюшной полости;
- при сохраняющемся парезе кишечника в течение 4–5 сут с момента заболевания, симптоме «мошонки» – дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства; коррекции компартмент-синдрома.

Неэффективность проводимых мероприятий в более поздние сроки сопровождалась существенным ухудшением исхода заболевания.

При определении билиарной этиологии панкреатита в ургентном порядке (в среднем до 6 ч с момента поступления) выполняли декомпрессию протоковой системы печени с преобладающим использованием миниинвазивных технологий.

В позднюю фазу (после первой недели и позже) при отсутствии инфицирования продолжали консервативное лечение. В случае инфицирования проводили оперативное лечение после 21–25-го дня с момента заболевания.

Полученные результаты были сопоставлены с группой сравнения.

Благодаря использованию предложенного лечебно-алгоритма в исследуемой группе больных удалось уменьшить частоту повторных операций по поводу прогрессирования панкреатического некроза и парапанкреатита (с 19,1 до 13,8%). Летальность пациентов с тяжелым ОНП снизилась с 9,4 до 7,4%, а послеоперационная летальность – с 22,1 до 14,7%.



Заведующий Научно-образовательным центром «Абдоминальная хирургия и эндоскопия» и кафедрой госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Сергей Георгиевич Шановлянец рассказал о роли стентирования ГПП в лечении острого панкреатита, возникшего после эндоскопических транспиллярных вмешательств.

– Одним из самых грозных и часто встречающихся осложнений эндоскопических ретроградных транспиллярных вмешательств является развитие острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП). В последние годы стентирование ГПП широко применяется с целью профилактики развития ОПМП. Однако целесообразность выполнения панкреатического стентирования для лечения развившегося осложнения неоднозначна.

Чтобы дать ответ на этот вопрос мы провели ретроспективную оценку результатов эндоскопического ретроградного стентирования ГПП в лечении ОПМП.

С 1 января 2009 г. по 1 января 2013 г. в нашей клинике было выполнено 1948 ретроградных эндоскопических вмешательств. В 59 случаях у пациентов с высоким риском развития ОПМП было выполнено профилактическое панкреатическое стентирование. При этом ОП не развился ни в одном из наблюдений. Помимо этого, еще в 26 (1,33%) случаях ОПМП развился у пациентов, у которых каких-либо оснований для профилактического стентирования во время вмешательства, не было.

Показанием к первичным эндоскопическим вмешательствам во всех наблюдениях явилась механическая желтуха, обусловленная папиллостенозом (14), холедохолитиазом (9), интраампулярными образованиями большого (2) и рестенозом после ранее выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) (1).

ОП развился после изолированной ЭПСТ в 13 (50%) случаях, после ЭПСТ с последующей литоэкстракцией – в 8 (30,8%), после ЭПСТ с дополнительной вирсунготомией – в 3 (11,5%), а также после лонной папиллодилатации с литоэкстракцией и неудачной попытки эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии – по 1 (3,9%) случаю.

Выполнить стентирование ГПП удалось в 19 случаях (из 21 наблюдения). Осложнения панкреатического стентирования выявлены не были. Средний срок госпитализации составил 11,8±3,7 койко-дня. В остальных 7 (26,9%) наблюдениях (в том числе в 2 случаях у больных с неудачной попыткой панкреатического стентирования) пациентам проводилась консервативная терапия. Летальность в этой группе больных составила 28,6% (2 из 7). Средний срок госпитализации – 23,8±7,5 койко-дня.

Следовательно, панкреатическое стентирование является эффективным компонентом лечения. Во всех наблюдениях после успешного выполнения стентирования ГПП пациенты выздоровели.



Заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ России, доктор медицинских наук, профессор Сергей Григорьевич Штофин рассказал о современных методиках декомпрессионной терапии при тяжелом панкреатите.

– Вследствие резкого повышения давления в протоковой системе при механическом препятствии оттоку секрета ПЖ происходит сброс панкреатического секрета в лимфатические сосуды железы. Регионарные лимфатические сосуды не в состоянии пропустить через себя возросший ток лимфы и она направляется в интестинальное пространство, увеличивая давление внутри долек железы. Это приводит к гипоксии, ишемии и некрозу ацинарных клеток.

Нами разработан метод хирургического лечения тяжелого панкреатита, основанного на декомпрессии паренхимы ПЖ, парапанкреатической клетчатки и временном протезировании дренажной функции регионарного коллектора лимфатической системы сорбционными дренажами или гипертоническими растворами. Во время операции обнажается передняя поверхность ПЖ. Вся толща ее, включая забрюшинную клетчатку, многократно перфорируется специальным устройством (патент РФ № 2173565) или множеством тонких инъекционных игл, после чего на ее поверхность укладываются 1–3 сорбционных дренажа, состоящих из углеродминерального или иного сорбента в целлюлозной оболочке (патент РФ № 2168948) или гипертонической среды. При этом не выполняется «абдоминализация» ПЖ, не разрушается связь лимфатических сосудов между железой и забрюшинным пространством, вследствие чего не образуется скопленный лимфы в забрюшинном пространстве и их инфицирование.

Подготовил Вячеслав Килимчук