

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кенжекулов К.К., Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Городская клиническая больница №1
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наблюдали 8 больных с деструктивными формами панкреатита, 4 пациентам проводилась традиционное оперативное лечение, а 4 произведена по разработанной нами методике пункционно-аспирационная санация органов брюшной полости, осложнений после операции не наблюдали.

Ключевые слова: Деструктивный панкреатит, гнойно-септические осложнения, антибактериальная терапия, пункционное лечение.

ДЕСТРУКТИВДҮҮ ПАНКРЕАТИТ МЕНЕН ОРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООДО ЧАКАН ИНВАЗИВДҮҮ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ КОЛДОНУУ

Кенжекулов К.К., Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия
№1 Шаардык клиникалык ооруканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: панкреатиттин деструктивдүү түрү менен 8 бейтап көзөмөлгө алынды, анын ичинен 4 бейтап салттуу жолу менен операция жасалды, калган 4 бейтапка бизде иштелип чыккан ички органдарды пункция жана аспирация тазалоо ыкмасы колдонуу. Операциядан кийинки кабылдоолор байкалган жок.

Негизги сөздөр: деструктивдүү панкреатит, ирин-септикалык кабылдоолор, антибактериялуу терапия, пункция жолу менен дарылоо.

USING MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERFERENCE UNDER CHECKING ULTRASOUND IN COMPLEX TREATMENT PANCREANECROSIS

Kenjekulov K.K., Musaev A. I., Ibraimov D.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Municipal clinical hospital №1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Observed 8 patients with destructive of pancreatitis, to 4 patients was used traditions surgical interventions, 4 patients was used by the technique development by us punktсионноaspiration sanitation of abdominal organs was carried out, complications after operation did not observed.

Key words: destructive pancreatitis, pyo-septic complications, antibacterial therapy, puncture treatment.

Заболеемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растёт. Больные с острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер с развитием панкреонекроза, у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротический деструкции[1,2,10,]. Именно это категория больных представляют собой наиболее проблемную в диагностическом, лечебном

и экономическом аспектах группу больных. Результаты лечения этой категории больных остается неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет 80%. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор консервативной и хирургической тактики[3,4,5,11]. В настоящее время все больше распространение получает малоинвазивные

хирургические методы пункционного дренирования различных отделов забрюшинной и парапанкреатической клетчатки, поджелудочной железы и брюшной полости под контролем УЗИ. [6, 7, 8, 9, 12]

Цель работы: Улучшение результатов лечения больных с деструктивными формами панкреатита.

Материал и методы:

Под наблюдением в городской клинической больнице №1 г.Бишкек, находилась 8 больных с деструктивными формами панкреатита. Женщин было 2 в возрасте от 35 до 73 лет, мужчин 6 в возрасте от 30 до 75 лет. Давность заболевания составляло от 10 дней до 1,5 месяцев. В установлении диагноза деструктивный панкреатит использовали следующие методы обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи, а также инструментальные методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ. Традиционная операция у 4 больных представлена лапаротомией марсупиализацией сальниковой сумки и люмботомией, а у 4 больных произведена лечение пункционно-аспирационным методом разработанной в нашей клинике. Всем пациентам с панкреонекрозом проводилась интенсивное комплексное лечение, включающие антиферментную терапию (гордокс, контрикал), антибактериальную терапию, детоксикационное и общеукрепляющее лечение, симптоматическую терапию. Для профилактики инфицирования при стерильном панкреонекрозе использовали цефалоспорины 3,4 поколения, карбапенемы. При лечении инфицированного панкреонекроза и его осложнений антибактериальную терапию проводили с учетом результатов бактериологических исследований.

Результаты и их обсуждение.

После обследования 4 больных оперированы по традиционной методике, под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Доступ верхне - срединная лапаротомия. Производили ревизию органов брюшной полости, у всех пациентов имелся выпот, который был эвакуирован, наложена оментробурсостомия с люмботомией. По мере

очищения сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки от некрозов и детрита, нормализации биохимических показателей крови, отсутствия отделяемого из брюшной полости дренажи удаляли, оментобурсостома самостоятельно закрывалась. В послеоперационном периоде у 2-х больных наблюдался содружественный плеврит которые требовали неоднократного выполнения пункций плевральной полости, у 2-х пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны, койко дней в среднем составило $28 \pm 0,34$.

Четырем больным после установления диагноза деструктивный панкреатит с асептическим перитонитом произведена усовершенствованная нами методика, пункционо-аспирационной санации брюшной полости в условиях анатомической целостности сальниковой сумки и брюшной полости. Это достигается имплантацией многоканальных силиконовых дренажных конструкций для введения антисептических растворов фракционно или капельно в очаг деструкции с постоянной активной аспирацией.

Ход операции:

Под местной новокаиновой анестезией производили пункцию брюшной полости в правом подреберье по Сельдингеру, через нее в брюшную полость вводили 1 литр физиологического раствора, также под местной анестезией Sol novocaini 0.25%- 40,0 в левом боковом канале проводим лапароцентез с подведением в малый таз силиконовую дренажную трубку, тем самым создается промывная система, которая позволяет введение в брюшную полость антиферментных препаратов, антибиотиков и антисептиков (декасан, озонированный раствор, раствор фурациллина, и т.д.) с последующей эвакуацией через малый таз. В послеоперационном периоде следили за динамикой характера отделяемого из брюшной полости, производили их лабораторный анализ. После нормализации лабораторных и клинических показателей и отсутствия отделяемого из брюшной полости, дренаж удаляли на 10-12 сутки.

Ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре, в среднем, составило $14 \pm 0,32$ койко дней.

Таким образом следует отметить, что представленный нами метод является конкурирующим, так как полностью обеспечивает адекватную и полную санацию всех зон некротической деструкции и панкреатогенной инфекции.

Литература:

1. Белобородов В.А., Соботович Д.В., Колмаков С.А. Пункционно-дренажные технологии в лечении кист поджелудочной железы после панкреонекроза // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 25–28.*
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. С. 335–372.
3. Евдокимова Е.Ю., Еремина Е.В., Черданцев Д.В. и др. Возможности малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ при остром панкреатите // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 101–102.*
4. Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Сосикова Н.Л. Пункции ограниченных жидкостных скоплений при стерильном некротическом панкреатите // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 178–180.*
5. Суковатых Б.С., Стельмах Е.Н., Итинсон А.И. и др. Тактика лечения больных стерильным панкреонекрозом // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 198–200.*
6. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т.6. №1. С. 125-130.*
7. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. Миниинвазивные методы лечения больных с заболеваниями печени и поджелудочной железы // *Хирургия.-2004. № 5. С. 65-68.*
8. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Черняков А.В. Лечение больных с острыми жидкостными образованиями поджелудочной железы и сальниковой сумки // *Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т.11. №3. С.23-28.*
9. Паскарь С.В., Верзин С.А., Ивлев В.В. Возможности пункционно-дренажных вмешательств в лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // *Вестник Санкт - Петербургского университета. - 2009. – Сер.11, Вып. 3. С. 143-150.*
10. Connor S., Alexakis N., Raraty M.G. et al. Early and late complications after pancreatic necrosectomy Surgery. 2005; 137: 5: 499-505.
11. Gooszen H.G. Surgery in acute pancreatitis: open versus minimal invasive. *Thesis of International conference of surgeons. Kaunas, Lithuania. 2007; 7-8.*
12. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP Guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology. 2002; 2: 565-573.*