

Опубліковано:

Капшитарь А. В. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита / А. В. Капшитарь // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18–20 сент. 2013 г., г. Донецк. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский. – 2013. – С. 180–181.

Хирургическое лечение деструктивного панкреатита

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита в хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющегося базой клиники общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ.

Материалы и методы. В течение 10 лет на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. В процессе лечения неотложная лапаротомия выполнена у 56 (6,8 %) больных. Отечная форма панкреатита выявлена у 13 (23,2 %) пациентов.

Деструктивный панкреатит (ДП) диагностирован у 43 (76,8 %) больных. Мужчин было 27 (62,8 %), женщин — 16 (37,2 %), возраст — 15–85 лет. Множественные сопутствующие заболевания имели место у 42 (97,7 %) пациентов. Частота заболевших ДП за последние 5 лет увеличилась и составила 53,5 %. В диагностике ДП, наряду с клиническим обследованием, оценивали лабораторно-биохимические показатели, рентгенографию грудной и

брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, КТ, лапароскопию.

Результаты. Во время лапаротомии у 27 (62,8 %) больных диагностирована инфильтративно-некротическая форма ДП и у 16 (37,2 %) — гнойно-некротическая форма.

При инфильтративно-некротической форме ДП произведена парапанкреатическая блокада, трубчатое дренирование сальниковой сумки. В случаях желчнокаменной болезни, деструктивных, ферментативных форм или хронического калькулезного холецистита выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду. Гнойно-некротические формы ДП требовали более агрессивного хирургического объема вмешательства. После вскрытия и санирования абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, некрсеквестрэктомии осуществляли марсупиализацию сальниковой сумки. Парапанкреатические абсцессы после санации также широко вскрывали и дренировали. Забрюшинные флегмоны вскрывали и дренировали согласно разработанной в клинике доступам. При перитоните санировали брюшную полость и малый таз, дренировали, выполняли назоинтестинальную интубацию тонкого кишечника.

Релапаротомия потребовалась у 4 (9,3 %) больных. Из косого мини-доступа в правом подреберье вскрыто ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве у 1 (25 %) пациента и абсцессы поддиафрагмального и подпеченочного пространств — у 1 (25 %). После мини-доступа в левом подреберье вскрыт абсцесс левого поддиафрагмального пространства, дополненный панкреатсеквестрэктомией у 1 (25 %) больного. Срединная лапаротомия со вскрытием значительного по объему ограниченного жидкостного скопления в левом поддиафрагмальном пространстве и мезогастрии выполнена еще у 1 (25 %) пациента. Умерли 2 (4,7 %) больных (полиорганная недостаточность — 1, острое желудочно-кишечное кровотечение из острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившееся шоком и ДВС-синдромом — 1).

Выводы. 1. В диагностике деструктивного панкреатита и его форм, оптимизации показаний для лапаротомии, наряду с клиническим обследованием, следует широко применять дополнительные методы исследования.

2. Выбор объема хирургического вмешательства зависит от формы деструктивного панкреатита, сочетанной патологии со стороны внепеченочных желчных путей и должен включать профилактические меры, направленные на прекращение прогрессирования деструктивного панкреатита и его осложнений.

3. Ограничение показаний к широкой лапаротомии, унифицированный объем хирургической коррекции позволили сократить частоту релапаротомии до 9,3 % и летальность до 4,7 %.