

Лечение воспалительных заболеваний поджелудочной железы и окружающих тканей

А. В. Костырной,
А. П. Мартыненко

Кафедра хирургических болезней факультета постдипломного обучения с курсом факультетской хирургии (зав. – проф. В.Н. Старосек) Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Management of Pancreatic and Parapancreatic Tissue Inflammation

A. V. Kostyrnoi,
A. P. Martynenko

Surgical Department of Postgraduate Training (Director – Prof. V.N. Starosek) S.I. Georgievski Crimean State Medical University, Simferopol

Введение

Современная панкреатология – это один из самых сложных разделов абдоминальной хирургии, что связано с топографоанатомическими особенностями поджелудочной железы, трудностями диагностико-лечебных процессов, особенностями оперативных пособий, ведением больных в послеоперационном периоде и развивающимися осложнениями заболевания. Все это предопределяет поиски более совершенных, новых подходов к лечению заболеваний поджелудочной железы.

Нами разработан и внедрен в практику новый способ лечения воспалительных изменений в поджелудочной железе и окружающих тканях¹.

Материал и методы

Предложенный способ выполняется следующим образом (см. рисунок). После оперативного вмешательства, направленного на удаление некротизированных участков поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, сальниковую сумку дренируем перчаточным-трубчатым дренажем (1), выведенным из брюшной полости через контрапертуру по средней подмышечной линии. Далее в парапанкреатическую клетчатку устанавливаем два микроирригатора (2), выведе-

денных также по средней подмышечной линии. По периметру поджелудочной железы укладываем трубчатый дренаж (3) с перфоративными отверстиями (4), причем диаметр отверстий идет в возрастающей последовательности. Трубчатый дренаж (3) имеет в дистальном отделе “блокиратор” (5). Через просвет дренажей (1) и (3) проводим леску (6) с пуговкой (7) для чистки дренажа (3). В сальниковой сумке устанавливаем трехканальную гильзу (8), предназначенную для осмотра зоны гнойно-некротического поражения, и гильзу (9), через которую выполняем лапароскопические манипуляции (удаление секвестрируемых участков поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, обе гильзы выводим на переднюю брюшную стенку).

Предлагаемый способ лечения воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях применен нами у 6 больных. У 4 из них имел место некроз парапанкреатической клетчатки с очаговыми некрозами поджелудочной железы, у 2 – распространенная флегмона забрюшинного пространства с абсцессом парапанкреатической зоны у 1 больного.

В 3 наблюдениях местно нами применена мазь нитагид и еще в 3 – новая комбинированная мазь офлотримол-п, обладающая направленной некролитической активностью. Контрольная группа состояла из 10 больных, при лечении которых использовалось стандартное ведение послеопера-

¹ Решение о выдаче патента на изобретение № 01-10/443 от 16.03.98 по заявке № 96101947/14(002843) от 30.01.96.

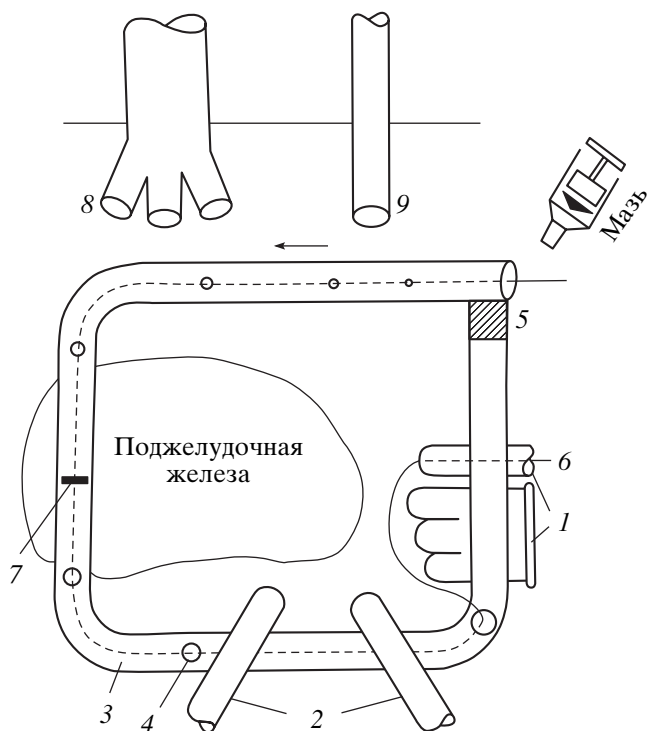


Схема выполнения предложенного способа лечения при воспалительном процессе в поджелудочной железе. 1 – перепончато-трубчатый дренаж; 2 – микроиригатор; 3 – трубчатый дренаж; 4 – перфоративные отверстия; 5 – блокиратор; 6 – леска; 7 – пуговка; 8 – трехканальная гильза; 9 – манипуляционная гильза.

ционного периода с этапными секвестрэктомиями: 4 больным выполнено по 3 оперативных вмешательства, 3 – по 4, остальным – по 2 операции. В 3 наблюдениях наступил летальный исход в связи с развитием полиорганной недостаточности.

Больным основной группы вводили ту или иную мазевую композицию в разжиженном состоянии в объеме 5–10 мл 2 раза в сутки с последующим лапароскопическим осмотром сальниковой сумки для оценки эффективности местной мазевой терапии и для выполнения лапароскопических манипуляций (удаление секвестрируемых участков).

■ Результаты и обсуждение

Эффективность лечения больных основной группы по сравнению с контрольной оценивали в динамике с помощью стандартных клинических критериев: общее состояние, данные лабораторного исследования (клинические, биохимические и бактериологические). Общее состояние всех больных, перенесших оперативное вмешательство, было тяжелым. Они находились в реанимационном отделении в связи с выраженной интоксикацией организма.

У 48% больных гематокрит был повышенным, у 40% больных отмечалась анемия. Количество

лейкоцитов у 78% больных изменялось в сторону увеличения, причем у 34% из них оно превышало $19 \times 10^9/\text{л}$, в 20,8% наблюдений отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево с появлением токсической зернистости нейтрофилов, анизоцитозом и пойкилоцитозом. У 85% больных наблюдалась лимфопения.

При биохимических исследованиях в первые сутки послеоперационного периода у 49% больных отмечалась гипокальциемия. Активность амилазы крови была повышена у 34% больных, мочи – у 94% больных. Содержание общего белка снижалось до 61.7 ± 1.8 г/л, альбумин-глобулиновый коэффициент – до 0.8 ± 0.07 .

Лейкоцитарный индекс интоксикации у 93% больных был повышен в 7,8 раза, увеличения нейтрофильно-лимфоцитарного коэффициента отмечено у 65% больных в 4,2 раза, увеличение уровня молекул средней массы до 113% – у 54% больных.

Представленные данные клинических и биохимических исследований свидетельствуют, что у всех 16 больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу острого панкреатита и его гнойно-некротических осложнений, в первые сутки послеоперационного периода явления гнойно-некротического процесса еще не купировались (отделяемое из сальниковой сумки от геморрагическо-мутного до грязно-мутного с обязательными включениями в виде крошки некротических тканей).

У большинства больных контрольной группы, получавших стандартную местную терапию (введение антисептических растворов в сальниковую сумку), лечение было направлено на промывание не гнойно-некротической полости, а трубчатых дренажей, которые уже на 3-и сутки перестают функционировать, забиваясь некротическими тканями и фибринозными пленками; кроме того, в этой группе отсутствует визуальная оценка состояния гнойно-некротической полости.

Улучшение состояния больных основной группы, получавших местно мазь нитацид, наступало на 15–18-е сутки, при использовании мази офлотримол-п – на 12–13-е сутки после оперативного вмешательства, и оно расценено нами как удовлетворительное: температура тела нормализовалась на 16-й день – мазь нитацид и на 13-й день – мазь офлотримол-п, показатели клинических и биохимических исследований – соответственно на 13–15-е и на 10–11-е сутки.

В контрольной группе удовлетворительное состояние больных с нормализацией клинических и биохимических показателей отмечено лишь на 25–30-е сутки после первичного оперативного вмешательства.

Главным критерием очищения гнойного очага в сальниковой сумке от некротических тканей в контрольной группе являлась оценка характера

отделяемого из дренажей, в основной группе – еще и данные лапароскопического осмотра.

Изменение характера отделяемого из сальниковой сумки с грязно-геморрагического, затем гнойного с примесью “крошки” на серозный в контрольной группе больных отмечено на 35 ± 5 -е сутки после первой операции, при лечении мазью нитацид – на 26 ± 3 -и сутки, при применении мази офлотримол-п – на 20 ± 5 -е сутки.

Микробная обсемененность гнойно-некротического очага сальниковой сумки при местном применении мази офлотримол-п снижалась до критического уровня уже на 6–8-е сутки лечения, к 13–15-м суткам из гнойного очага микрофлора практически не высевалась. При лечении мазью нитацид снижение микробной обсемененности тканей до критического уровня наступало на 13–15-е сутки, отсутствие микрофлоры констатировалось на 20–23-и сутки лечения.

У больных контрольной группы высокая микробная обсемененность гнойно-некротического

очага поражения в сальниковой сумке сохранялась до 30–33-х суток (10^9 микробных клеток).

Таким образом, предложенный и апробированный на практике способ лечения воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях позволяет в некоторых случаях избежать повторных этапных секвестрэктомий и их негативных последствий.

Этот способ прост в техническом исполнении и может быть использован как дополнение к существующим традиционным методам ведения больных с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита.

Впервые для местного лечения гнойно-некротических осложнений острого панкреатита применены комбинированные мази нитацид и новая, офлотримол-п, обладающая направленной некролитической активностью, что позволило получить лучшие результаты по сравнению с общепринятым ведением больных такого профиля в послеоперационном периоде.