

MINIMALLY INVASIVE METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Tashlanov Boburbek Mahamadjonovich

Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

ABSTRACT:Current trends in the treatment of patients with acute pancreatitis are increasingly focused on the preferred use of complex conservative therapy in the first phase of the disease and the use of sparing minimally invasive interventions in the treatment of delimited destructive forms (Ermolov A. S. et al., 2007). The role and place of various tactical positions in the surgical treatment of pancreatic necrosis is the subject of serious debate.

АННОТАЦИЯ :Современные тенденции лечения больных острым панкреатитом все больше ориентируются на предпочтительное использование комплексной консервативной терапии в первой фазе заболевания и применение щадящих малоинвазивных вмешательств при лечении отграниченных деструктивных форм (Ермолов А. С. и соавт., 2007). Роль и место различных тактических позиций в хирургическом лечении панкреонекроза является предметом серьезных дискуссий.

Актуальность:Воспалительные заболевания поджелудочной железы среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте встречаемости занимают третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. При этом число случаев острого панкреатита неуклонно увеличивается, с одновременным увеличением частоты крупноочагового панкреонекроза, сопровождающегося высокой летальностью, достигающей 60–80%(Багненко С. Ф. и соавт., 2006; NathensA.B.etal, 2004). Совершенствование методов и тактики хирургического лечения острых панкреатитов позволило значительно снизить летальность при деструктивных формах заболевания (Шапкин Ю. Г. и соавт., 2007; AlexakisN. etal, 2005). Современные тенденции лечения больных острым панкреатитом все больше ориентируются на предпочтительное использование комплексной консервативной терапии в первой фазе заболевания и применение щадящих малоинвазивных вмешательств при лечении отграниченных деструктивных форм (Ермолов А. С. и соавт., 2007). Роль и место различных тактических позиций в хирургическом лечении панкреонекроза является предметом серьезных дискуссий. Как и несколько десятилетий тому назад используют разнообразные варианты «закрытого», «полуоткрытого» и «открытого» методов дренирования забрюшинного пространства при панкреонекрозе и его разнообразных осложнениях. Некоторые специалисты полагают, что «открытые» хирургические методы лечения острого панкреатита неприемлемы, другие ограничивают вмешательство тампонированием и дренированием сальниковой сумки без рассечения брюшины над поджелудочной железой (ClancyT.E. .etal, 2005). Сторонники так называемых закрытых операций отмечают отрицательный эффект рассечения капсулы железы, дополняют операцию пери панкреатической новокаиновой блокадой и оментопанкреопексией (MayerleJ,etal, 2007). Ряд авторов предложили «закрытые» методы, сочетающиеся с дренированием большого панкреатического протока, декомпрессионными операциями на желчных путях и папиллосфинктеротомией (DumonseauJ.M., 2006). В этой связи нами была выполнена работа, направленная на определение наиболее эффективной диагностической и лечебной программы при осложненном течении острого панкреатита.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом на основе комплексной диагностики и применения малоинвазивных вмешательств при деструктивных формах заболевания.

Материал и методы исследования: Материалом для исследования явились клинические данные 115 больных острым панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях РНЦЭМ АФ в период с 2012 по 2014 гг. В контрольную группу сравнения вошли 95 больных, распределение больных по распространенности панкреонекротического процесса в основной группе было следующим: в 67 (58,26%) случаях была выявлена диффузно-мелкоочаговая форма, в 37 (32,17%) наблюдениях деструктивный процесс характеризовался как крупноочаговый и у 11 (9,56%) наступило субтотальное поражение поджелудочной железы. Геморрагический панкреонекроз имел место в 26,96%, жировой – в 48,69%, смешанный – в 24,34% наблюдений. При субтотальном поражении железы преобладал геморрагический панкреонекроз. Статистически достоверных различий между основной и контрольной группой в отношении распределения по полу, возрасту, времени от начала заболевания до поступления в клинику, количеству предшествующих приступов острого панкреатита, выявлено не было. Всем больным было проведено комплексное лечение, включающее обезболивающую, спазмолитическую, инфузионно-трансфузионную, плазмозамещающую и рациональную антибактериальную терапию, желудочную декомпрессию. В лечении ряда больных использовались методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция). В 76,4% наблюдениях в комплекс лечения были включены лекарственные препараты патогенетического действия: ингибиторы протеаз или цитостатики. Хирургическое лечение было проведено 69 (60%) больным основной и 34 (35,79%) больным контрольной группы. На основании полученных данных при прогрессировании клинических проявлений острого панкреатита мы рекомендуем следующую диагностическую последовательность ультразвукового исследования: 1) ультразвуковом исследовании в В-режиме (отсутствие изменения формы, размеров, контуров, эхогенности, структуры, протоковой системы и перипанкреатических тканей); Положительные данные, полученные при 1) эхографии в В-режиме (изменение эхогенности – ее снижение и неравномерность; изменение структуры паренхимы железы – «сглаживание» или бесструктурность; умеренная неоднородность; изменения формы, размеров – увеличение; контуров – временное усиление четкости или ее стойкое снижение; ухудшение дифференциации протоковой системы; расширение главного панкреатического протока); На основании анализа клинического материала мы выделили следующие группы МСКТ-признаков, встречающиеся при остром панкреатите: 1. Признаки, характеризующие состояние поджелудочной железы: увеличение ее размеров, сглаженность контуров, утрата четкости контуров, диффузное или очаговое снижение плотности паренхимы при нативном исследовании, диффузное или очаговое снижение накопления контрастного вещества после внутривенного контрастирования. 2. Признаки, отражающие состояние клетчатки брюшной полости: уплотнение парапанкреатической клетчатки, уплотнение жировой клетчатки в других отделах брюшной полости (по ходу латеральных каналов, паранефральной, в корне брыжейки тонкой и толстой кишок, в воротах селезенки, большого сальника, вокруг левого надпочечника), неоднородность инфильтрации жировой клетчатки, появлением инфильтрате пузырьков газа. 3. Признаки, характеризующие состояние серозных оболочек: утолщение листков брюшины в непосредственной близости от поджелудочной железы, утолщение листков брюшины по ходу латеральных каналов, утолщение почечных фасций, появление свободной жидкости в брюшной полости (в том числе в области утолщенных листков брюшины), скопление жидкости между листками брюшины; наличие плеврального выпота. МСКТ можно

считать высоко информативным неинвазивным методом диагностики, позволяющим оценить состояние поджелудочной железы, выявить признаки острого панкреатита, определить его форму, оценить выраженность реактивных изменений и динамику патологического процесса, распознать гнойно-некротические осложнения заболевания и дать точную топографо-анатомическую характеристику выявленных изменений. В совокупности с клиническими данными это позволяет уточнить степень тяжести течения воспалительно-деструктивного процесса в брюшной полости, планировать тактику консервативного лечения и хирургическую тактику, а также оценить эффективность лечебных мероприятий. МСКТ-признаками присоединения гнойно-некротических осложнений мы считаем: 1) увеличение зоны и изменение характера инфильтрации в совокупности с увеличением выраженности реактивных изменений; 2) появление газа в инфильтрате. Клинически у пациентов этой группы отмечались выраженные проявления интоксикационного синдрома с наличием резорбтивной лихорадки, болевого синдрома, болезненность при пальпации инфильтрата в брюшной полости, перитонеальные явления, динамическая кишечная непроходимость. Пост некротические псевдо кисты поджелудочной железы одинаково хорошо визуализируются как при ультразвуковом исследовании, так и при МСКТ. Кистозная полость определяется как жидкостное образование с тонкой, четко дифференцированной капсулой. Абсцессы поджелудочной железы и пара панкреатической клетчатки имеют характерную форму при исследованиях УЗИ и МСКТ. Они определяются как жидкостные структуры с более толстой и неровной, чем у кист стенок, гетерогенным, реже гомогенным содержимым. К преимуществам метода МСКТ следует отнести возможность определения накопления контрастного препарата в стенке абсцесса, в отличие от стенки кисты, которая аваскулярна и контрастное вещество не накапливает. Значительно уменьшилось, по сравнению с контрольной группой, количество лапаротомий, что связано с эндоскопической декомпрессией и санацией желчевыводящих путей, уменьшением числа гнойных осложнений деструктивного панкреатита. Навигационные технологии для дренирования полости малого сальника, оментобурсита, панкреатогенных абсцессов, скоплений жидкости в забрюшинном пространстве и скоплений жидкости в малом тазу применялись нами у 59 больных. Во всех случаях навигационный контроль осуществлялся методом ультразвукового исследования, в 4 случаях дополненным КТ-навигацией ввиду недостаточной визуализации. После пункционно-дренажной санации полостей абсцессов состояние 28 больных значительно улучшилось с нормализацией показателей крови. Через 7–9 суток после удаления дренажа при контрольном ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии жидкостных образований в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке не определялось у 24 больных. В 2 случаях объем полости абсцесса через 7 суток уменьшился вдвое, еще в 2 случаях – остался неизменным. Следует признать незначительное или полное отсутствие уменьшения эндотоксикоза от пункционно-дренажных методов при тяжелых случаях некротизирующего панкреатита, что свидетельствует о мощном источнике интоксикации, значительно превышающем saniрующий эффект навигационных технологий. В 20 случаях нами была проведена чресфистульная санация нагноившихся перипанкреатических жидкостных образований через дренажные каналы. Обязательными условиями, обеспечивающими эффективность этой процедуры, являлось эндоскопическое удаление нежизнеспособных тканей при помощи холедохоскопа или лапароскопа. В большинстве случаев после полного очищения гнойной полости от секвестров и некротических масс удавалось устанавливать дренаж на всю длину полости, который сохранялся до ее полной ликвидации. Сравнение основной и контрольной групп по числу и видам хирургических вмешательств, а также по результатам лечения выявило следующее. Прежде всего, применение

эндоскопической папиллосфинктеротомии, а также чрескожной аспирации и дренирования пери панкреатических жидкостных образований как первых этапов хирургического лечения острого панкреатита позволило уменьшить число нижеперечисленных оперативных вмешательств: лапаротомия, дренирование и тампонирование сальниковой сумки – на 12,6%; лапаротомия, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости – на 8,9%; лапаротомия, холецистостомия, дренирование и тампонирование сальниковой сумки – на 3,1%; лапаротомия, холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование и тампонирование сальниковой сумки – на 3,7%; лапаротомия, оментопексия, дренирование сальниковой сумки – на 5,0%; люмботомия, дренирование забрюшинного пространства – на 8,1%; лапаротомия, некрэктомия, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости – на 6,7%; лапаротомия, корпорокаудальная резекция и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости – на 5,0%. Кроме этого, на 12,2% уменьшилось число диагностических лапароскопий, закончившихся дренированием брюшной полости с последующим перитонеальным диализом. Легочные осложнения в ранние сроки заболевания развились у 22,1% больных основной группы и у 28,2% больных контрольной группы. Пневмонии были выявлены у 13,2% и 16,9%, ферментативный плеврит – у 7,3% и 11,8%, клинические признаки острой дыхательной недостаточности – у 10,4% и 13,9% больных, соответственно. У умерших больных обеих групп наиболее частыми находками в легких на аутопсии были очаговые и диффузные кровоизлияния и отек легких. Сердечно-сосудистая недостаточность, возникающая у 18,3% больных основной группы и 22,1% больных контрольной группы в 2–3 сутки заболевания, клинически выражалась в стойкой тахикардии, снижении артериального давления, диффузных изменениях миокарда по данным ЭКГ. Клинические проявления печеночно-почечной недостаточности отмечались в большинстве случаев на 5–7 сутки заболевания. Явления тяжелой нефропатии, сопровождающиеся выраженной азотемией и олигурией, развились у 12,2% больных основной группы и в 17,6% случаев в контрольной группе. Биохимические проявления гепатоцеллюлярного синдрома были выявлены у 28,1% и у 35,4% больных основной и контрольных групп, соответственно. При морфологическом исследовании признаки жировой дистрофии гепатоцитов у умерших больных выявлены с одинаковой частотой в обеих группах, причем наиболее часто они встречались при крупноочаговом и субтотальном панкреонекрозе. В ранние сроки заболевания острые эрозии и язвы желудка в основной группе наблюдались в 4,3%, двенадцатиперстной кишки – в 5,1%, пищевода – в 1,2% наблюдений, в контрольной группе эти показатели составили 6,9, 8,6 и 1,6%, соответственно. Массивные желудочно-кишечные кровотечения в основной группе не наблюдались, в контрольной группе возникли у 2,8% больных. Сахарный диабет, возникший в первые две недели от начала заболевания у больных, ранее им не страдавших, был отмечен в 4,6% наблюдений в контрольной группе и у 5,9% больных основной группы и при крупноочаговой и субтотальной форме панкреонекроза носил инсулинрезистентный характер. Как в основной, так и в контрольной группе поздних осложнений, ведущее место занимали гнойно-некротические процессы. Развитие местных гнойно-некротических осложнений отмечено у 40,1% больных основной и у 52,7% больных контрольной группы. Внутренние свищи органов желудочно-кишечного тракта как вторичные осложнения гнойно-некротических процессов возникли у 4,4% больных основной и 10,3% больных контрольной группы. Вследствие распространения гнойного воспаления на стенки сосудов у двух больных контрольной группы развились аррозивные профузные артериальные и/или рецидивирующие венозные кровотечения. Общая летальность в основной группе составила 17,8%, в контрольной – 23,5%. Основной причиной летальных исходов в первые 3–7

суток от начала заболевания явился панкреатогенный шок с явлениями полиорганной недостаточности (16,9%). 22,9% больных погибли в поздние сроки заболевания вследствие интоксикации, связанной с гнойно-септическими осложнениями, сочетающимися с сердечно-сосудистой, легочной, печеночной и/или почечной недостаточностью. Причиной смерти 4,3% больных явилась пневмония, 3,0% – геморрагический шок, 9,0% – острая почечная недостаточность, 2,1% – тромбоз легочных артерий. Таким образом, комплексное применение малоинвазивных вмешательств в лечении острого панкреатита, прежде всего, позволяет уменьшить число хирургических вмешательств, выполняемых через лапаротомный доступ, а также сократить количество диагностических лапароскопий, заканчивающихся дренированием брюшной полости. О клинической эффективности адекватного применения эндоскопической декомпрессии протоковой системы поджелудочной железы, пункционной санации с чрескожным дренированием внутрибрюшных жидкостных образований свидетельствует снижение частоты системных и поздних гнойных и геморрагических осложнений острого панкреатита, и, как следствие этого, улучшение основных показателей качества и эффективности стационарной хирургической помощи.

Выводы: 1. В ранней стадии развития деструктивных изменений в поджелудочной железе и при средней выраженности воспалительного процесса ультразвуковое исследование не позволяет оценить состояние ткани органа в 8,2% случаев. При контроле развития заболевания и оценке структурных изменений в зонах формирующихся некрозов или жидкостных образований диагностические возможности РКТ уступают возможностям МРТ и УЗИ. Для диагностики выпота в малом тазу методами выбора являются также ультразвуковое исследование. У пациентов с затрудненной ультразвуковой визуализацией органов брюшной полости необходимо выполнение рентгеновской компьютерной томографии с болюсным введением контрастного вещества. При этом удастся выявить участки некроза паренхимы, однако при контроле развития заболевания и оценке структурных изменений в зонах формирующихся некрозов или жидкостных образований диагностические возможности РКТ уступают возможностям МРТ и УЗИ. 3. Эндоскопическая катетеризация главного панкреатического протока и ЭПСТ при остром панкреатите играют важную, а иногда и решающую роль в лечебно-диагностическом комплексе, способствуя abortивному течению процесса в поджелудочной железе, за исключением случаев быстро прогрессирующего некроза ткани органа. Наибольший эффект дренирующие вмешательства дают в начальных стадиях заболевания, при протоковой гипертензии, о чем свидетельствуют показатели дебита панкреатического сока. 4. Пункционная санация внутрибрюшных жидкостных образований при остром панкреатите, дополненная при необходимости чрескожным дренированием, является эффективным, малотравматичным доступным методом, позволяет улучшить состояние больных, уменьшить интоксикацию и получить бактериологический материал. При выполнении чрескожного дренирования осумкованных гнойных полостей, положительные результаты лечения достигаются в 82,7% случаев, при этом сроки пребывания больных в стационаре сокращаются в 1,6 раза. 5. Комплексное применение малоинвазивных вмешательств в лечении острого панкреатита позволяет уменьшить число хирургических вмешательств, выполняемых через лапаротомный доступ, сократить количество диагностических лапароскопий, снизить частоту системных и поздних гнойных и геморрагических осложнений острого панкреатита, и, таким образом, улучшить основные показатели качества и эффективности стационарной хирургической помощи.

LITERATURE

1. Д. Р.Басаев, Э. Р.Басаев, Меднис А. Н. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия как метод миниинвазивного вмешательства в лечении острого панкреатита.// Журнал "Фундаментальные исследования" Инновационные медицинские технологии, общероссийская научная конференция с международным участием, 17- 18 ноября 2009.-М.: №9, 2009. - С.55 – 57.
2. Д. Р.Басаев, Э. Р.Басаев, Меднис А. Н. и др. Ультразвуковое исследование в оценке выраженности и распространённости острогопанкреатита: возможности и сложности. // Журнал "Фундаментальные исследования". Инновационные медицинские технологии, общероссийская научная конференция с международным участием. 17-18 ноября 2009.-М.: - №9, 2009.-С.54-55.
3. Д. Р. Басаев, Э. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Сравнительная характеристика классических и современных миниинвазивных оперативных методов лечения при остром панкреатите.//Журнал «Устойчивое развитие горных территорий».- № 4, 2011.-С.129-135.
4. Э. Р.Басаев, Д. Р.Басаев, А. А.Кульчиев. Стационарная хирургическая помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости осложнённой полиорганной недостаточностью на базе ГКБ № 9 г. Грозного, ЧР. / Журнал «Устойчивое развитие горных территорий» № 2, 2011.-С.68-72, .
5. Д. Р.Басаев, Э. Р.Басаев, А. А.Кульчиев. Сравнительная характеристика классических и современных методов диагностики острого панкреатита.// Журнал «Устойчивое развитие горных территорий».- № 2, 2011.- С.63-67.
6. Э. Р. Басаев, Д. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Алгоритм классификационного анализа случаев полиорганной недостаточности в отделениях неотложной хирургической помощи.//Журнал «Устойчивое развитие горных территорий» № 4. 2011.-С.124-128.
7. Э. Р. Басаев, Д. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Принципы выбора признаков полиорганной недостаточности, шкалы их измерений при острых хирургических заболеваниях органовбрюшной полости в процессе подготовки клинической выборки к серии классификационных исследований.// Журнал"Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№10, 2011.-С.141.
8. Э. Р. Басаев, Д. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Характеристика микробного пейзажа пунктата полученного от больных острым панкреатитом гнойными осложнениями. Тактика целенаправленной антибиотикотерапии. // Журнал"Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№8, 2011.-С.119-120.
9. Э. Р. Басаев, Д. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Прогнозирование возникновения и развития полиорганной недостаточности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости по классификационной статистике. Журнал "Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№8, 2011.-С.121.
10. Э. Р. Басаев, Д. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Определение статистического сходства больных по упорядоченным наборам клинических данных.//Журнал"Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№8, 2011.- С.122.
11. Д. Р. Басаев, Э. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Возможности ультрахроно-графии в оценке тяжести течения острого панкреатита и эффективности проводимых лечебных мероприятий.// Журнал"Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№8, 2011.-С.120-121.

12. 12. Д. Р. Басаев, Э. Р. Басаев, А. А. Кульчиев. Возможность компьютерной томографии в оценке тяжести течения острого панкреатита.// Журнал "Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований". -№8, 2011.- С.119.