

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТАХ

А.Г. Хасанов, А.Р. Гильмутдинов, Р.Г. Яппаров, Ф.Ф. Усманов

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Хасанов Анвар Гиниятович, зав. кафедрой хирургических болезней, д-р мед. наук, профессор,

Гильмутдинов Айдар Рашитович, профессор кафедры хирургических болезней, д-р мед. наук,

Яппаров Рафаиль Галиевич, врач-хирург, соискатель кафедры восстановительной медицины и курортологии ИПО БГМУ,

Усманов Флорит Фоатович, врач-хирург, соискатель кафедры восстановительной медицины и курортологии ИПО БГМУ, 450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, тел. 8 (347) 228-43-78, e-mail: Vmk-Ufa@mail.ru

Изучены результаты применения эндоскопической бурсооментоскопии с полупроводниковой лазеротерапией, «медикаментозной» абдоминализации поджелудочной железы при остром панкреатите у 63 больных из 123 пациентов. Установлено снижение послеоперационной летальности, гнойных осложнений, сокращение сроков пребывания больных в стационаре. Санаторная реабилитация в ранний послеоперационный период способствует восстановлению цитокинового статуса, регрессу диспепсических расстройств.

Ключевые слова: острый панкреатит, миниинвазивные операции, санаторное лечение.

EFFICIENCY MINIMALLY INVASIVE TREATMENTS FOR ACUTE PANCREATITIS

A.G. Khasanov, A.R. Gilmutdinov, R.G. Yapparov, F.F. Usmanov

Bashkir State Medical University, Ufa

The results of endoscopic diode bursoomentoscopy, "drug" abdominisation of pancreas in acute pancreatitis in 63 patients out of 123 patients were studied. A reduction in postoperative mortality, septic complications, shorter hospitalizations. Sanatorium rehabilitation in the early postoperative period contributes to the restoration of cytokine status, regression of dyspeptic disorders.

The key words: acute pancreatitis, minimally invasive surgery, spa treatment.

Введение

Острый панкреатит в настоящее время занимает третье место в структуре хирургической патологии органов брюшной полости после острого аппендицита и холецистита, и в последние десятилетия заболеваемость им увеличивается. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и миниинвазивных методов хирургического лечения, общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне, составляя, по разным данным, от 3,9 до 21 % и при инфицированном панкреонекрозе достигает 85 % [2,5,6]. Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения острого панкреатита и его осложнений в нашей стране является отсутствие стандартизированных

подходов к консервативному и хирургическому лечению при различных формах острого панкреатита и его осложнений. С развитием эндохирургии широко внедрены в клиническую практику миниинвазивные вмешательства при остром панкреатите, однако не всегда только с помощью миниинвазивных методик возможна стабилизация процесса [2,5]. Сообщения о проведении «медикаментозной» абдоминализации во время лапароскопической операции единичны, способ малодоступен и отражен в единичных работах. В литературе недостаточно освещены вопросы программированной санации сальниковой сумки через сформированную бурсооментостому, нет доступного способа проведения лечебно-диагностической бурсооментоскопии, это возможно лишь с использованием оригинального инструментария. В связи с тем, что результаты хирургического лечения

острого панкреатита нельзя признать удовлетворительными, проблема оптимизации хирургической тактики и поиска новых эффективных способов лечения при данной патологии остается актуальной.

У оперированных больных послеоперационный период характеризуется расстройствами, которые во многом определяются нарушениями функционального состояния органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны в дооперационном периоде, проявляются болевым, диспепсическим, астеноневротическим синдромами, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, иммунного статуса [1,3]. Учитывая высокую распространенность данной патологии у лиц трудоспособного возраста, своевременная коррекция этих нарушений в раннем послеоперационном периоде является актуальной, в чем особую значимость имеет санаторное восстановительное лечение с применением природных и преформированных лечебных физических факторов, рационального лечебного питания [4,7-9].

Цель исследования

Совершенствование результатов лечения больных острым панкреатитом с использованием миниинвазивных хирургических технологий и их реабилитации в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Наблюдения проведены у 123 больных с острым панкреатитом в возрасте от 18 до 73 лет, которые находились на лечении в хирургических отделениях клиники БГМУ - клинической больницы № 8 г. Уфы с 2004 по 2010 гг.

В основной группе было 63 больных с различными формами острого панкреатита, которые оперированы с применением миниинвазивных технологий. В контрольной группе проанализированы результаты лечения 60 больных, оперированных по традиционной методике. Клинические группы являлись однородными по полу и возрасту. Кроме того, 47 больных в ранний постстационарный период при отсутствии осложнений были направлены на санаторное долечивание в санаторий «Юматово» РБ.

Результаты и обсуждение

На основе результатов обследования и лечения разработана оптимальная тактика ведения и хирургическая тактика при различных формах панкреатита. Для остановки деструктивного процесса в поджелудочной железе проводилась консервативная терапия, включающая антисекреторную терапию (сандостатин или октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки внутривенно) продолжительностью 3 дня, антиферментную терапию (гордокс: 500 тысяч КИЕ внутривенно капельно), продолжительностью 3-5 дней, дезинтоксикационные мероприятия (серийный плазмаферез, форсированный диурез), профилактику и лечение системных осложнений (эндотоксического шока, коагулопатии, респираторного дистресс-синдрома, печеночно-почечной недостаточности, водно-электролитного баланса, кислот-

но-щелочного равновесия). Критериями остановки деструктивного процесса в поджелудочной железе считали нормализацию гемодинамики, устранение пареза кишечника, уменьшение эндогенной интоксикации.

В основной группе больных - при отечной форме острого панкреатита, при отсутствии гипертензии в желчных путях проводилась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, установка катетера в круглую связку печени для «медикаментозной» абдоминализации поджелудочной железы. Вводили 5% раствор глюкозы в объеме 300 мл в вену капельно в течение 1 часа для понижения рН парапанкреатической клетчатки до 5,7-6,0, что приводит к торможению активности трипсина и хемотрипсина на 80-100%.

Миниинвазивные хирургические технологии включали лапароскопическую санацию, бурсооментостому из мини-доступа. При этом производилось ежедневное облучение проекции поджелудочной железы полупроводниковым лазером.

В контрольной группе выполнялась абдоминализация с дренированием забрюшинного пространства, когда панкреатит осложнялся механической желтухой, оперативное лечение дополняли холецистостомой.

Анализ летальности больных основной группы показал: из-за эндотоксического шока в первые шесть суток лечения умерло 4 больных. Абдоминальный сепсис с развитием полиорганной недостаточности явился причиной смерти 1 больного основной группы. В контрольной группе умерло 17 больных, из них от панкреатического шока в первые шесть суток - 7 больных, сепсис явился причиной смерти 5 больных, аррозийное кровотечение - 2 больных. Госпитальная пневмония с выраженной дыхательной недостаточностью была причиной смерти 2 больных, один больной умер от массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Установлено, что в основной группе не наблюдалось таких послеоперационных осложнений, как панкреатогенный абсцесс, эвентрация, нагноение послеоперационной раны, аррозийное кровотечение, тромбоэмболия легочной артерии. Выявлено, что лазеротерапия уменьшала болевой синдром, что снижало потребность в анальгетиках в основной группе на 50-60% по сравнению с контрольной. Восстановление нормальной моторики желудочно-кишечного тракта в основной группе наступило на 2-3 суток раньше. Отмечено уменьшение признаков интоксикации, что подтверждалось динамикой лабораторных показателей.

Послеоперационный период у большинства больных протекал с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, проявляющийся синдромом желудочной и кишечной диспепсии. Признаки желудочной диспепсии в виде тошноты, отрыжки воздухом или пищей отмечали 51,2% больных. Синдром кишечной диспепсии в виде метеоризма наблюдался у 22%, запоров - у 13% и диареи - у 8,8% больных. Практически у всех больных наблюдался астеноневротический

синдром, характеризующийся слабостью, головной болью, повышенной утомляемостью. В послеоперационном периоде для большинства оперированных больных характерными оказались нарушения цитокинового статуса крови с наибольшими изменениями провоспалительных цитокинов: возрастанием ИЛ-1 β – на 70,8%, ИЛ-6 – на 53,0%, ФНО- α – на 61,1%, при снижении противовоспалительных – ИЛ-4 – в 1,9 раза, ИЛ-10 – в 1,7 раза от уровня контроля ($p < 0,01$).

В санаторной терапии использовался лечебный комплекс с включением лечебного питания, режима, климатотерапии, лечебной гимнастики и физкультуры, сеансов психотерапии, приема маломинерализованной гидрокарбонатной сульфатно-кальциевой минеральной воды (МВ «Юматовская», М 2,4 г/л) [7]. Питьевой режим минеральных вод зависел от секреторно-моторной, эвакуаторной функции системы пищеварения и состоял из приема 200-250 мл минеральной воды до еды три раза в день в течение 18-24 дней. Группу сравнения составили 26 больных, которые санаторное лечение не получали. Всем больным проводилось комплексное обследование с анализом клинических, лабораторных, иммунологических и инструментальных данных при поступлении и при выписке из санатория.

На фоне санаторной реабилитации с применением минеральных вод (МВ) выявлено значимое снижение провоспалительных цитокинов – ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α ($p < 0,01$), при возрастании противовоспалительных – ИЛ-4 – на 81%, ИЛ-10 – на 42% ($p < 0,01$) от исходных значений. У больных, не получавших санаторную реабилитацию, динамика иммунологических показателей незначима. Показатели неспецифической резистентности на фоне санаторной терапии имеют тенденцию к нормализации в отличие от больных, не получавших санаторную реабилитацию. Выявлена активация системы фагоцитоза с возрастанием ФП на 28,1% ($p < 0,01$), ФЧ – на 19,7% ($p < 0,01$) от исходных значений.

Санаторная терапия способствовала значительному снижению интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале, существенному уменьшению проявлений вегетативной дисфункции с восстановлением сна, а также исчезновению диспепсических расстройств у обследованных.

Выводы

1. Разработанный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий при остром панкреатите с использованием миниинвазивных хирургических технологий способствует существенному снижению послеоперационной летальности со снижением частоты послеоперационных гнойных осложнений на фоне «медикаментозной» абдоминализации под-

желудочной железы. Применение эндоскопической бурсооментоскопии с полупроводниковой лазеротерапией при остром панкреатите позволяет снизить развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде и сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

2. Санаторное восстановительное лечение в ранний постстационарный период оперированных по поводу острого панкреатита больных способствует восстановлению иммунологической реактивности со снижением уровня провоспалительных цитокинов на фоне возрастания противовоспалительных, приводит к исчезновению диспепсических расстройств с существенным улучшением показателей качества жизни, что показывает целесообразность направления больных данной категории на санаторное долечивание.

Список литературы

1. Аверкиев В.Л. Изменения некоторых иммунологических показателей при панкреонекрозе и их коррекция / В.Л.Аверкиев, В.С.Тарасенко, Т.В. Латышева и др. // Хирургия. - 2003. - №5. - С. 31-34.
2. Бурневич С.З. Прогноз и исходы хирургического лечения больных панкреонекрозом в свете современных представлений о танатогенезе заболевания // Анналы хирургии. - 2004. - №3. - С. 30-32.
3. Кузнецов Н.А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом / Н.А.Кузнецов, Г.В. Родомин, Т.И. Шалаева и др. // Хирургия. - 2008. - №5. - С.40-45.
4. Филимонов Р.М. Физиотерапевтические факторы лечения панкреатитов / Р.М. Филимонов, С.Г. Сопова // Новое медицинское оборудование. - 2007. - №4. - С. 14-17.
5. Шамигулов Ф.Б. Лапароскопическая диагностика и дифференцированная хирургическая тактика при деструктивном панкреатите / Ф.Б. Шамигулов, Р.Ш. Сакаев, М.М. Мурасов [и др.] // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. - 2003. - № 16,17. - С. 101.
6. Хасанов А.Г. Опыт применения низкоэнергетического лазера в комплексном лечении больных с острым деструктивным панкреатитом / А.Г. Хасанов, С.С. Нигматзянов, И.Ф. Суфияров [и др.] // Новые технологии в хирургии: матер. XI Всерос. Конференции. - Уфа, 2004. - С. 96-97.
7. Реабилитация и комплексное лечение больных в кумысолечебном санатории «Юматово» / под. ред. проф. Л.Т. Гильмутдиновой. – Уфа-Юматово, 2004. - 162 с.
8. Физиотерапия и курортология / под. ред. проф. В.М.Боголюбова. - М.: Бином, 2008. – 408 с.
9. Частная физиотерапия / под. ред. проф. Г.Н. Пономаренко. – М., «Медицина», 2005. – 744 с.