

CHIRURGIA PANCREASULUI

F113

ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ПСЕВДОКИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Бардюк А.Я., Захарчук А.П., Крамаренко К.А., Мамонтов И.Н.

Кафедра хирургии и проктологии (зав. – проф. Т.И. Тамм) ХМАПО, Харьков, Украина

Введение. Одним из осложнений острого панкреатита является формирование ложной кисты, которые формируются в 1,18-19,4% случаев у больных с нетяжелым острым панкреатитом. В тяжелых случаях кисты формируются у 50-60% больных. В процессе формирования ложных кист могут возникать осложнения в виде перфорации, нагноения и кровотечения в просвет кисты, которые оказывают существенное влияние на выбор тактики лечения. Кроме того, на объем оперативного вмешательства оказывает влияние степень зрелости «капсулы» ложной кисты. Цель: улучшить результаты лечения больных с осложненными кистами поджелудочной железы путем выбора индивидуальной тактики их лечения, с учетом степени зрелости кисты и наличия в ней осложнений. Материалы и методы. Работа основана на анализе 224 историй болезни пациентов с псевдокистами поджелудочной железы. Из них кисты первой степени зрелости обнаружены у 181 (80,8%) больных, второй – у 37 (16,5%), и третьей у 6 (2,7%) больных. В 23% (51) случаях в процессе формирования кист у больных возникали различные осложнения: в 2,5% (6) развилось кровотечение в просвет кисты, в 4,3% (9) возникла перфорация кист с развитием перитонита и в 16,5% (36) развилось нагноение кисты. У 28% (62) больных с локализацией кисты первой степени зрелости в сальниковой сумке была произведена их пункция. Кисты, расположенные в области хвоста пунктировали и дренировали в левом подреберье, минуя селезенку и левый плевральный синус. В случаях распространения кист в левое ретроколярное пространство осуществляли двойное пункционное дренирование. В 13,6% (31) псевдокисты, которые локализовались близ магистральных сосудов дренировали открытым способом. В случаях нагноения кист первой степени зрелости, в которых при УЗИ выявляли секвестры также выполняли открытую лапаротомию. В 2,5% (6) случаев больным выполнена лапаротомия в связи с кровотечением в просвет кист. В 4,3% (9) случаях так же выполнена лапаротомия, по поводу перфорации незрелых кист. У больных с асептическими кистами второй степени зрелости выполнили цистодигестивные анастомозы. В случаях их нагноения выполняли лапаротомию, наружное дренирование кисты с максимальным удалением тканей капсулы кисты. У пациентов с кистами третьей степени зрелости не было отмечено осложнений. Они оперированы в плановом порядке – произведена резекция кисты с хвостом поджелудочной железы. Результаты. Ложные кисты поджелудочной железы на этапах своего формирования подвергаются различного рода осложнениям. Отмечено, чем более зрелая киста, тем реже возникают в ней осложнения. Учитывая полиморфизм структуры, присущий псевдокистам на различных этапах их формирования, выбор сроков и объема оперативного вмешательства необходимо осуществлять не только с учетом клинических проявлений, но и со степенью зрелости кисты, а так же ее локализации. При нагноении кист независимо от их степени зрелости в силу вступают законы гнойной хирургии: вскрытие кисты, удаление секвестра, который, как правило, присутствует, и наружное дренирование. При нагноившихся кистах второй степени зрелости необходимо по возможности удалять капсулу, так как гнойный процесс не ограничивается полостью и переходит на пограничные ткани. Избирательный подход к лечению больных с псевдокистами поджелудочной железы позволяет снизить число осложнений, избежать релапаротомий. Летальность при лечении больных с псевдокистами первой степени зрелости составила 1,4%, а с кистами второй и третьей степени – 0%. Выводы: 1. При лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы необходимо учитывать степень их зрелости и характер осложнений. 2. Удаление содержимого из псевдокист на начальном этапе их формирования уменьшает интоксикацию, предупреждает развитие возможных осложнений и снижает количество более зрелых кист.

VALIDATION OF THE METHOD OF PATIENTS WITH COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYSTS TREATMENT

Introduction. One of the complications of acute pancreatitis is the formation of false cysts which develop in 1,18-19,4% cases in patients with non-serious acute pancreatitis. In serious cases cysts develop in 50-60% of patients. During formation of false cysts complications in the way of perforation, suppuration and bleeding into the cyst lumen can appear, which has a great influence on treatment tactics choice. Besides degree of "capsule" maturity of the false cyst influence on the volume of operative intrusion. Aim: improve the results of treatment of patients with complicated pancreatic cysts in the way of individual tactics of their treatment choice with the regard for the degree of cyst maturity and presence of complications in it. Materials and methods. The work is based on 224 case records of patients with pancreatic pseudocysts. Out of them 1st degree of maturity cysts were detected in 181 (80,8%) patients, 2nd degree – in 37 (16,5%), and 3rd degree - in 6 (2,7%) patients. In 23% (51) cases various complications appeared in the process of cysts formation: in 2,5% (6) cases bleeding into cyst lumen developed, in 4,3% (9) cases cyst perforation with peritonitis development appeared and in 16,5% (36) cases cyst suppuration developed. In 28% (62) of patients with 1st degree of maturity cyst localization in omental bursa their puncture was performed. Cysts located in the area of tail were punctuated and drained in left hypochondrium bypassing spleen and left pleural sinus. In cases of cysts development into left retrocolic space double punctual drainage was performed. In 13,6% (31) cases pseudocysts which located near magisterial vessels were drained in open way. In cases of 1st degree of maturity cysts suppuration in which sequestrum were detected under USI open laparotomy was performed. In 2,5% (6) cases laparotomy was performed to patients in connection with bleeding into cyst lumen. In 4,3% (9) cases laparotomy was also performed because of immature cysts perforation. In patients with aseptic 2nd degree of maturity cysts cystodigestive anastomosis were performed. In cases of their suppuration laparotomy, external drainage of the cyst with maximal extraction of cyst capsule tissues were performed. In patients with 3rd degree of maturity cysts complications were not detected. They were operated in plan order – the resection of cyst with pancreatic tail was performed. Results.

False pancreatic cysts on the stages of their formation are subjected to various complications. It was noticed that the more mature is the cyst the less complications can appear in it. Taking into account polymorphism of the structure peculiar to pseudocysts on different stages of their formation, the choice of terms and volume of operative intrusion is necessary to accomplish not only regarding clinical manifestations, but also degree of cyst maturity as well as its localization. Under cyst suppuration independently from their maturity degree orders of purulent surgery come into force: cyst opening up, extraction of sequestrum which as a rule takes place and external drainage. Under suppurated 2nd degree of maturity cysts it is necessary if possible to extract the capsule because purulent process is not limited by cavity and transfers into boundary tissues. Constituent approach to the treatment of patients with pancreatic pseudocysts allows to reduce the number of complications and avoid relaparatomies. Lethality in the process of patients with 1st level of maturity pseudocysts treatment comprised 1,4%, and with 2nd and 3rd level cysts – 0%. Summary: 1. During the treatment of patients with pancreatic pseudocysts it is necessary to take into account the level of their maturity and the character of complications. 2. Extraction of pseudocysts content on the initial stage of their formation decreases intoxication, averts development of possible complications and reduces the number of more mature cysts.

F114

ОМЕНТОБУРСОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА

Могильдя М.И. , Лица А.А., Берназ И.Л., Попов Д.Ф. , Могильдя С.М. , Медведев А.П. , Ставинский Р.А.

Хирургическое отделение ГУ «Бендерская городская больница»

Актуальность проблемы лечения панкреонекроза обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с увеличением числа распространенных форм панкреонекроза. Нами предложен принципиально новый подход к ведению данной категории больных, заключающийся в активной хирургической тактике лечения в случаях, когда интраоперационно выявляются гнойно-некротические изменения в поджелудочной железе. Данная методика апробирована на 117 больных за период с 1985 по 2010 г. Суть предлагаемой операции заключается в следующем: после выполнения некрэктомии края отверстия в желудочно-ободочной связке фиксируются кетгутowymi нитями к париетальному листку брюшины. Сальниковая сумка тампонируется марлевыми тампонами. Брюшная полость послойно ушивается до оментобурсостомы. На 3-4 сутки после наложения оментобурсостомы под внутривенным наркозом проводят смену марлевых тампонов, при необходимости осуществляют повторную секвестрэктомию, промывают сальниковую сумку раствором фурациллина 1:5000 с 3%-ным раствором перекиси водорода. В дальнейшем с интервалом в 3-4 дня под внутривенным наркозом повторяют перевязки до полного очищения поджелудочной железы и сальниковой сумки от гнойно-некротического содержимого. По мере улучшения общего состояния больного и местного статуса перевязки делают без наркоза и заканчивают рыхлым тампонированием малой сальниковой сумки марлевыми тампонами, смоченными левомеколевой мазью, до полного заживления оментобурсостомы. Послеоперационная грыжа эпигастральной области, которая образуется у всех больных, ликвидируется в плановом порядке через 6 месяцев. Общая летальность среди оперированных больных составила 31,6%. Выводы 1. Предложенный способ оперативного лечения при остром гнойном панкреатите надежно защищает брюшную полость и забрюшинное пространство от распространения воспалительного процесса и позволяет постоянно контролировать течение заболевания. 2. Операция технически проста и доступна каждому хирургу.

OMENTOBURSOSTOMY IN TREATING OF THE SUPPURATIVE ACUTE PANCREATITIS

The urgency of the problem of treating pancreatic necrosis is attributable to a significant increase of the number of patients and consistently high fatality. We have proposed a fundamentally new approach to managing this category of patients, consisting of active surgical treatment in those cases, when intraoperative revealed as being purulent-necrotic changes in the pancreas. This technique was tested on 117 patients from 1985 to 2010. Among these, 47 (40.67%) were diagnosed with fatty pancreatic necrosis in 70 (59.82%) - hemorrhagic pancreatic necrosis. The essence of the proposed operation is as follows: after necrosis extract edge of the hole in the gastro-colonic bonded fixed catgut strings to the parietal peritoneum sheet. Omental plugging with gauze swabs. Abdominal layers sutured to omentobursostomy. At 3-4 days after imposition omentobursostomy under intravenous anesthesia spend replacing gauze, if necessary, carry out re-sequestrectomy, washed with omental furacillin solution 1:5000 with 3% hydrogen peroxide solution. Subsequently, at intervals of 3-4 days under intravenous anesthesia repeated dressings until complete purification of the pancreas and omental of pyo-necrotic content. With the improvement of patient's general condition and status of local dressings made without anesthesia, and end up loose plugging small omental gauze, soaked levomycol ointment until complete healing omentobursostomy. Postoperative epigastric hernia, which is formed in all patients, wound up in a planned way in 6 months. The overall mortality among the operated patients was 31,6%. Conclusion 1. The proposed method of surgical treatment for acute suppurative pancreatitis protects the abdominal cavity and retroperitoneal space from the spread of the inflammatory process and allows you to constantly monitor the course of the disease. 2. The operation is technically simple and accessible to every surgeon.