

## ОШИБКИ И НЕУДАЧИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Лащевкер В.М.

Кафедра хирургических болезней медицинского и стомат. факультетов Одесского государственного медицинского университета

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние годы в лечении острого панкреатита, летальность при этом заболевании остается еще высокой. 15–20% летальности при панкреонекрозе (А. А. Шалимов и соавт., 1990; Б. К. Шуркалин, 1987; В. И. Филин, 1991; Н. Lippert, Н. Wolff, 1990) является показателем, который сегодня еще трудно достижим для большинства учреждений.

Настоящее сообщение основано на анализе данных, касающихся 1009 больных, которых мы лично наблюдали либо консультировали. Консервативно лечились 931 (умерло 44), экстренно оперированы 78 (умерло 39). Анализ данных о клиническом течении, тактике и объеме лечебных мероприятий у 122 больных, где лечение оказалось неэффективным, позволили выявить те или иные ошибки и недочеты в ведении абсолютного большинства этих больных. Неизвестно, выжили бы пациенты, не будь этих ошибок, но при ретроспективном анализе они представляются очевидными. Лишь у 11 больных оши-

бок в лечении найти не удалось – здесь речь идет действительно о неудачах, связанных с бурным течением панкреонекроза.

Схематически ошибки, допущенные в ведении больных, могут быть разделены на следующие группы:

1. Диагностические ошибки, обусловившие некорректно проводимое или поздно начатое лечение.

1.1. Диагноз не поставлен при жизни (10) - лечение острого панкреатита, следовательно, не проводилось вообще.

1.2. Диагноз не поставлен до операции (31) производится экстренная лапаротомия с предположением об ином остром хирургическом заболевании.

1.2.1. Больной берется на операцию в период панкреотогенного шока с минимальной попыткой коррекции гиповолемии (18) или вообще без попытки (13).

1.3. Диагноз не поставлен и во время лапаротомии (5).

1.3.1. Диагноз не поставлен ввиду отсутствия признаков панкреатита (1).

1.3.2. Интраоперационная ревизия брюшной полости не выполнена с необходимой полнотой (4).

1.4. Диагноз поставлен с опозданием – через сутки после поступления или еще позже, и лечение начато с большим запозданием, а потому малоэффективно.

2. Ошибки тактические – они во многом следствие ошибок I группы.

2.1. Экстренная лапаротомия ввиду ошибки в диагнозе без использования возможных методов активной диагностики (лапароскопии или хотя бы доступного везде и всем лапароцентеза с применением «шарящего катетера») – 29 больных.

2.2. Экстренная лапаротомия с недостаточной подготовкой (при верном или ошибочном дооперационном диагнозе): ввиду наличия перитонеальных явлений производится лапаротомия в ближайшее время после поступления (45 мин – 6 час) при невозможности гиповолемии, нестабильной гемодинамике, некомпенсированном ацидозе и электролитных нарушениях. Неизбежны тяжелое лечение наркоза и ближайшего послеоперационного периода. У 6 больных наступила смерть во время операции либо в первые 1–2 часа, на операционном столе, с которого больных не успели снять. Кратковременная – в течении двух-трех часов, но достаточно интенсивная подготовка для данной категории больных совершенно обязательна.

2.3. Запоздалая операция (11) – упрямо продолжалась консервативная терапия при прогрессировании явлений интоксикации и перитонита, поздно распознаны гнойные осложнения.

2.4. Необходимая операция при этих показаниях не произведена (6), все гнойные осложнения увидели на секции.

2.5. В первые 2–4 суток от начала заболевания, при наличии явлений раздражения брюшины избран метод открытой лапаротомии вместо реального в тех условиях лапароскопического дренирования.

2.6. Произведено необходимое лапароскопическое дренирование, однако не налажен перитонеальный лаваж.

3. Ошибки консервативной терапии.

3.1. В первые часы (в первый день) лечения недооценена тяжесть состояния больного, в силу чего назначается минимальная терапия по стандарту (обычно – лед, атропин, промедол, антибиотики); уже через сутки она очевидно несостоятельна, больной явно отяжелел, а назначенная сейчас уже полноценная терапия оказывается запоздалой и малоэффективной. Так произошло у 34 больных. Нередко не выполняется поясничная блокада (18); обычно при этом ссылаются на невыраженность болевого синдрома либо достаточный эффект инъекций анальгетиков, упуская из вида патогенетическое действие блокады.

3.2. Наиболее часто допускаются ошибки при назначении инфузионной терапии (22): недостаточный объем, нерациональное ее содержание (16). Назначаются только глюкоза и растворы электролитов; плазма, альбумин и плазмозаменители не применялись либо применялись в недостаточных объемах. Ингибиторы назначаются поздно – на 3–4 день лечения и в малых дозах (36). Не применялся форсированный диурез (30). Нерационален выбор антибиотиков – шаблонное назначение пенициллина и стрептомицина.

Мы умышленно не упоминаем о назначении средств, применение которых остается дискуссионным (кортикостероиды, антикоагулянты) либо методов, которые не всем учреждениям доступны (введение ингибиторов в аорту либо чревную артерию и т. п.).

4. Ошибки оперативного лечения.

4.1. Отказ от лапароскопического дренирования.

4.2. отказ от декомпрессии желчных путей (27).

4.3. Отказ от лумботомии при поражении забрюшинной клетчатки (32).

4.4. Выведение дренажей, а тем более тампонов, через основную рану (6), что приводит к ее нагноению и эвентерации.

Для предупреждения диагностических ошибок необходимо широко применять активные диагностические методы (лапароскопия, лапароцентез), переводя из при возможности в лечебные (лапароскопическое дренирование, лаваж). Для оценки тяжести патологического процесса целесообразно внедрять систему оценки тяжести заболевания (типа АРАСНЕ–2) для ранней диагностики тяжелых форм и раннего применения полноценной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Филин В. И. Хирургическая тактика при остром некротическом геморрагическом панкреатите в разные периоды его развития // *Вестн. хир.* – 1991. – № 2. – С. 117-122.
2. Шалимов А. А., Шалимов С. А., Земсков В. С., Подпрятков С. Е. Лечение острого панкреатита // *Клин. хир.* – 1990. – № 10. – С. 74-79.
3. Шуркалин Б. К. Тактика лечения панкреонекроза с применением методов хирургической детоксикации. В сб.: *Панкреонекроз: диагностика, лечение.* – М.: 1987. – С. 72-77.
4. Lippert H., Wolff H. *Der Chirurgie der Pankreasnekrose* // *Zbl. Chir.* 1990. – 115. – N. 9. – S. 543-551.

**РЕЗЮМЕ**

**Помилки та невдачі в лікуванні гострого панкреатиту**

**Лашчевкер В.М.**

Проаналізовані дані відносног 1009 хворих, що лікувалися з приводу гострого панкреатиту. Виділено групи помилок відносно діагностики та лікування панкреатиту. Рекомендовано застосування активних діагностичних методів з можливим переведенням їх в лікувальні. Впровадження системи важкості захворювання.

**SUMMARY**

**Mistakes and failures in treatment of acute pancreatitis**

**V.M. Lashchekver**

The data on 1009 patients treated for acute pancreatitis have been analysed. The groups of errors as to the diagnostics and treatment of pancreatitis were singled out. The application of active diagnostic methods with their possible transformation into curative, the introduction of the system of severity of a disease are recommended.