

УДК 616.37 – 089:614.2

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*И.Е. Верхулецкий, А.Л. Вороной, А.И. Григорьян,
А.Ф. Медведенко, В.В. Волков*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 82 пациентов с деструктивным панкреатитом. Рассмотрены результаты различной оперативной тактики в ранние и поздние сроки заболевания, в том числе с использованием лапароскопических методик. При наличии показаний к экстренному оперативному вмешательству в ранние сроки от начала заболевания, предпочтение следует отдавать лапароскопической санации и дренированию брюшной полости и сальниковой сумки, летальность при этих операциях оказывается наименьшей (16,7 %). По возможности, оперативное вмешательство следует выполнять в наиболее поздние сроки, что также способствует увеличению его эффективности и снижению летальности. Открытый способ дренирования сальниковой сумки при распространенном инфицированном панкреонекрозе имеет значительные преимущества. Вскрытие очагов забрюшинной деструкции предпочтительно выполнять внебрюшинными доступами. В результате применения указанного подхода к выбору оперативной тактики, удалось снизить летальность после операций по поводу ДП в поздние сроки до 11,7 %.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, оперативное вмешательство, лапароскопическое дренирование, оментобурсостомия.

Проблема лечения больных с острым панкреатитом (ОП) продолжает оставаться неизменно актуальной на протяжении многих лет, и дискуссии по этому поводу являются наиболее многочисленными в программах профильных съездов и на страницах периодической печати. Этот факт как нельзя лучше свидетельствует о том, что вопросы диагностической и лечебной тактики при ОП пока еще очень далеки от своего окончательного разрешения. Тем временем, темпы роста заболеваемости ОП увеличиваются ежегодно, и в настоящее время эта группа пациентов занимает второе по численности место в структуре ургентной патологии – после острого аппендицита [1, 2].

Пожалуй, нет в абдоминальной хирургии более тяжелого, драматичного и неблагоприятного раздела, чем хирургия панкреонекроза (ПН). Несмотря на то, что удельный вес пациентов с деструктивным панкреатитом (ДП) относительно невелик (около 8 – 20 %), и они «теряются» среди общей массы пациентов с легкими формами ОП, именно этот контингент и представляет наибольшую клиническую проблему, яв-

ляясь источником высокой общей и послеоперационной летальности [1, 3].

Лечебная тактика при ПН за всю историю развития проблемы уже пережила несколько длительных периодов – от строгой консервативной в первой половине XX века, до «сверхактивной» хирургической в 60 – 80-е годы, с одинаково неблагоприятными результатами. Сдержанная консервативная позиция была возрождена в отношении пациентов с ДП в 1991г. Bradley E.L. с соавторами, и в основном она является общепринятой и до сих пор [5]. Наряду с этим, наблюдается период активного увлечения малоинвазивными эндоскопическими и пункционными методиками в лечении ДП, однозначное мнение об эффективности которых также до настоящего момента не составлено [3, 4, 6].

К сожалению, на сегодняшний день не существует способа, позволяющего избежать оперативного вмешательства у пациентов с распространенным инфицированным ПН, забрюшинной флегмоной и гнойным перитонитом. Поэтому вопросы оперативной тактики при ДП по-прежнему не теряют своей актуальности.

Ц е л ь

Оптимизация выбора различных вариантов оперативной тактики при ДП.

М а т е р и а л и м е т о д ы

Материалом для исследования послужили 82 пациента с ДП, оперированных в клинике хирургии № 1 ФИПО Донецкого национального медицинского университета в период с 2006 по 2008г (пациенты с легкими формами ОП не включены в исследование). Мужчин среди них было 56 (68,3 %), женщин 26 (31,7 %), в возрасте от 22 до 71 года (средний возраст – 46,5 лет). Большинство пациентов – 64 (78 %) госпитализированы в клинику в сроки 24 и более часов от начала заболевания. Сопутствующая хроническая патология (гипертоническая болезнь, обструктивные болезни легких, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет и пр.), отягощающая общее состояние, отмечена у 20 (24,4 %) больных.

Тяжесть пациентов при поступлении оценивали по упрощенной шкале Ranson (9 критерии

ев) и по системе оценке тяжести, предложенной нами ранее. В практической деятельности преимущественно использовали классификацию В.С. Савельева (2001г.) [1], при учете результатов исследования также руководствовались Атлантской классификацией (1992 г.) [5].

Базовый комплекс консервативных лечебных мероприятий включал купирование болевого синдрома, стабилизацию гемодинамики, массивную инфузионную терапию в сочетании с форсированным диурезом, коррекцию гемореологии и микроциркуляции, блокаду желудочной и панкреатической секреции, блокаду ферментемии, антибактериальную терапию, деконтаминацию пищеварительного тракта. По показаниям у 68 пациентов, после относительной стабилизации состояния, проводили мембранный плазмаферез (аппарат АПФ-1 «Гемофер», Украина), от 1 до 5 сеансов.

Эндоскопические и лапароскопические манипуляции выполняли с помощью фиброэндоскопов и жесткой видеооптики «Olympus», Япония. Ультразвуковые исследования проводили на аппарате «Toshiba», Япония.

В поздние сроки от начала заболевания 63 пациентам выполнялась спиральная компьютерная томография с болюсным контрастным усилением для уточненной топической диагностики патологического процесса.

При обработке результатов исследований использованы методы вариационной статистики. Математическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistic for Windows и в текстовом процессоре Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение

Оценка тяжести состояния пациентов при поступлении и дообследование их в течении суток после госпитализации позволила выделить группы с тяжелым (31 больной – 37,8 %) и средне-тяжелым вариантом течения ДП (51 больной – 62,2 %).

Мы придерживаемся концепции консервативного ведения пациентов в раннем периоде течения ПН как основополагающей, с последующей хирургической коррекцией возникающих постнекротических осложнений в поздние сроки заболевания. К сожалению, зачастую реальность вносит определенные коррективы в нашу тактику, в связи с чем 23 пациента (28 %) вынужденно прооперированы в ранние сроки по различным причинам.

При явлениях ферментативного перитонита 44 пациентам в 1 – 6 сутки от начала заболевания выполнен лапароцентез. По тем же показаниям, но при наличии подтвержденного значительного жидкостного скопления в сальниковой сумке (СС), в сроки до 3 недель еще 12 больным произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и СС.

В целом оперативные вмешательства относились к ранним (в сроки до 3 недель) и поздним (более 3 недель, от начала заболевания). Распределялись они следующим образом (см. таб.):

Лапаротомии в ранних сроках были в большинстве случаев «операциями отчаяния» и предпринимались по поводу разлитого гнойного перитонита, либо на фоне панкреатического инфильтрата с некупируемыми явлениями интоксикации. В одном из случаев выполнили ла-

Выполненные оперативные вмешательства

Таблица

Оперативные вмешательства	Кол-во операций	Летальность Абс. (%)
В сроки до 3 недель	23	7 (30,4 %)
Лапароскопическое дренирование брюшной полости и СС	12	2 (16,7 %)
Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости и СС	3	–
Лапаротомия, закрытое дренирование СС	8	5 (62,5 %)
В сроки позже 3 недель	111	13 (11,7 %)
Закрытое дренирование СС	18	4 (22,2 %)
Открытое дренирование СС (оментобурсостомия)	41	9 (21,9 %)
Дренирование забрюшинной флегмоны внебрюшинными доступами	22	–
Релапаротомии, этапные санации	27	–
Прочие	3	–
ВСЕГО операций:	134	20 (14,9 %)

паротомию по подозрению в перфорации гастродуоденальной язвы. Исходы этих операций, соответственно, были весьма плачевными – 62,5% летальности, в основном в связи с выраженной полиорганной недостаточностью.

Напротив, результаты лапароскопических операций в ранних сроках оказались довольно обнадеживающими – погибло только двое пациентов. В поздние сроки лишь 4 пациентам из этой группы понадобилась лапаротомия для санации гнойно-некротических очагов.

Еще 3 больным выполнены лапароскопические холецистэктомии с дренированием СС – по абсолютным показаниям, при деструктивном холецистите, без летальности.

Основная масса пациентов, все же оперирована в позднем периоде заболевания – в сроки от 4 до 6 недель. Показаниями к этим операциям служили подтвержденные сонографически и при компьютерной томографии обширные очаги некроза ткани поджелудочной железы (ПЖ) и парапанкреатической клетчатки, объемные жидкостные скопления, с клиническими признаками инфицирования. Стоит также отметить, что надежды на асептическое завершение процесса относительно оправданы лишь у пациентов с мелкоочаговым ПН. У подавляющего большинства пациентов с массивным объемом поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки развивается инфицирование очагов деструкции, несмотря на проводимую адекватную терапию. В этой связи, рассчитывать на эффективность малоинвазивных дренирующих вмешательств, выполняемых в поздних сроках по поводу инфицированного ПН с обширной секвестрацией, забрюшинной флегмоной, к сожалению, не приходится.

Во время поздних операций по возможности выполняли некрсеквестрэктомии. Выбор способа дренирования СС, на наш взгляд, является довольно важным вопросом. Он зависел от характера поражения ПЖ – при мелкоочаговых некрозах или напротив, после удаления сформированных и хорошо отграниченных секвестров, иногда (у 18 больных) оказывалось возможным дренировать СС закрытым способом: двумя – четырьмя силиконовыми или виниловыми толстыми трубками, навстречу, через область Винслова отверстия и селезеночный карман. После закрытого дренирования СС проводили активную промывную санацию большими объемами (до 5 – 10 л/сутки) растворов антисептиков (мирамистин, декасан, октенисепт, бетадин), на протяжении 6 – 12 часов в день.

Однако закрытый способ дренирования СС удовлетворил нас в меньшей степени – располо-

жение и функция дренажей в этом случае неуправляемы, они склонны забиваться сгустками и некротическими массами, а пути для удаления крупных секвестров нет. В связи с этими проблемами количество релапаротомий и повторных санаций в этой группе выше, чем в группе с оментобурсостомией – соответственно, 0,5 и 0,27 повторных операции на одного больного.

Открытому способу дренирования СС отдавали предпочтение в большинстве случаев (41 операция). При этом края отверстия в желудочно-ободочной связке подшивали к брюшине в 1/3 лапаротомной раны, в сформированное отверстие вводили широкий латексный дренаж (целая перчатка с отрезанными пальцами), через который в СС устанавливали трубчатые дренажи, и при необходимости – тампон.

При нечетко сформированных и распространяющихся некрозах оментобурсостома позволяет эффективно удалять отходящие в послеоперационном периоде секвестры. Рану обильно санировали растворами антисептиков, при необходимости, перевязки выполняли от 2 до 6 раз в сутки. Предпочтительно также использование современных водо-растворимых мазей (офлокаин, диоксизоль) и гидроколлоидных, гидрогелевых материалов (напр., Нугель производства Ethicon, Сорбалгон производства Hartmann). Рана после очищения постепенно выполняется грануляциями, «вытаскивая» наружу дренажи, и медленно заживает вторичным натяжением. У части больных формируется наружный панкреатический свищ.

В качестве сопутствующего вмешательства наиболее часто производили вскрытие очагов забрюшинной деструкции. Стремилась к раскрытию их путем люмботомии параллельно 12 ребру справа или слева; параколические пространства обычно удавалось вскрывать внебрюшинно – выполняли разрез по наружному краю прямой мышцы, после чего проникали в полость гнойника, отслаивая париетальную брюшину медиально. Такой доступ, дополненный контрапертурами в поясничной области, позволяет весьма эффективно дренировать забрюшинную клетчатку.

После операций в поздние сроки летальность составила 11,7 %. Основными причинами гибели больных был сепсис с проявлениями полиорганной недостаточности, острая сердечно-сосудистая недостаточность в раннем послеоперационном периоде. У трех пациентов к смерти привели массивные аррозийные кровотечения, у одного – кровотечение из острых язв желудка и кишечника, еще у одного пациента – тромбоэмболия легочной артерии.

Средний койко-день у оперированных пациентов составил $68,5 \pm 7,12$ дней.

Следует заключить, что при необходимости дренирования брюшной полости и СС в раннем периоде ДП при ферментативном перитоните и оментобурсите, предпочтение стоит отдавать видеолапароскопической технике – в наших наблюдениях эффективность этого способа весьма высока при сравнительно небольшой летальности.

Комбинируя здоровый консервативный подход и малоинвазивные дренирующие методы в ранние сроки от начала ДП, с обоснованной и четко спланированной операцией по санации очагов деструкции в позднем периоде, удается существенно улучшить результаты лечения больных с ПН и снизить показатели послеоперационной летальности.

Выводы

1. Лапароскопическая техника является высокоэффективным способом дренирования острых жидкостных скоплений при ДП, и должна быть методом выбора при показаниях к операции у пациентов в раннем периоде панкреонекроза.

2. Интенсивная консервативная терапия, экстракорпоральная детоксикация и использование малоинвазивных, в том числе лапароскопических, дренирующих вмешательств, позволяет в большинстве случаев провести открытое вмешательство в более поздние сроки, что способствует увеличению его эффективности и снижению летальности.

3. Открытый способ дренирования сальниковой сумки является предпочтительным, так как позволяет осуществлять активный уход за раной и обеспечивает свободное отхождение некротических тканей.

ДО ПИТАННЯ ПРО ВИБІР ОПЕРАТИВНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

І.Є. Верхулецький, О.Л. Вороной, А.І. Григор'ян, А.Ф. Медведенко, В.В. Волков

Реферат. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб 82 пацієнтів з деструктивним панкреатитом. Розглянуті результати різної оперативної тактики в ранні і пізні терміни захворювання, зокрема з використанням лапароскопічних методик. За наявності свідчень до екстреного оперативного втручання в ранні терміни від початку захворювання, перевагу слід віддавати лапароскопічній санації і дрениванню черевної порожнини і сальникової сумки, летальність при цих операціях виявляється

найменшою (16,7 %). По можливості, оперативне втручання слід виконувати в найбільш пізні терміни, що також сприяє збільшенню його ефективності і зниженню летальності. Відкритий спосіб дренивання сальникової сумки при поширеному інфікованому панкреонекрозі має значні переваги. Розкриття вогнищ заочеревинної деструкції переважно виконувати позаочеревинними доступами. В результаті застосування вказаного підходу до вибору оперативної тактики, вдалося знизити летальність після операцій з приводу деструктивного панкреатиту в пізні терміни до 11,7 %.

Ключові слова: деструктивний панкреатит, оперативне втручання, лапароскопічне дренивання, оментостомія.

TO QUESTION ABOUT CHOICE OF SURGICAL TACTIC AT DESTRUCTIVE PANCREATITIS

I.E. Verhuletsky, A.L. Voronoy, A.I. Grigoryan, A.F. Medvedenko, V.V. Volkov

Abstract. The retrospective analysis of hospital of 82 patients' charts is conducted with destructive pancreatitis. The results of different operative tactic are considered in the early and late terms of disease, including with the use of laparoscopy. At presence of needs to urgent operation with early terms from the beginning of disease, it is necessary to give preference laparoscopy sanation and drainage of abdominal region and omentic sac, lethality at these operations appears the least (16,7 %). On possibility, it is necessary to execute operative interference in the latest terms that is also instrumental in multiplying his efficiency and decline of lethality. The opened method of drainage of omentic sac at widespread infected pancreonecrosis takes considerable advantages. It is preferable to execute dissection of hearths of retroperitoneal destruction extraperitoneal accesses. As a result of application of the indicated approach to the choice of operative tactic, it was succeeded to reduce lethality after operations concerning pancreonecrosis in late terms to 11,7 %.

Key words: destructive pancreatitis, operative treatment, laparoscopic draining, omentostomy

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы// Анн. хирургии. – 2003.–№ 1. – С. 12 –19.
2. Верхулецкий И.Е., Григорьян А.И., Волков В.В. и др. Организация хирургической помощи больным с деструктивным панкреатитом в городском панкреатологическом центре// Вестн. неотл. и восстановит. медицины. – 2007.– Т. 8. – № 3. – С. 482 – 484.
3. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Новые подходы в хирургическом лечении панкреонекроза// Клін. хірургія. – 2007. – № 2 – 3. – С. 95.
4. Люлько В.И., Косильников С.О., Волик О.Н. Миниинвазивные хирургические вмешательства при лечении деструктивного панкреатита// Клін. хірургія. – 2003.– № 3. – С. 24 –25.
5. Bradley E.L.// Int.Symp. on acute pancreatitis: Summary. – Atlanta, Ga, 1992. – P. 586 – 590.
6. Beger H.G., Rau B., Isenmann R. et. al. Surgical treatment of acute pancreatitis// Ann. Chir. Gynaec. – 1998.–Vol. 87, № 3.–P. 183 – 189.