

УДК 616.37-002.4-06-089

*В.В. Бойко, А.М. Тищенко, Ю.В. Иванова, Е.В. Мушенко, Р.М. Смачило,
Н.Н. Брицкая, А.Н. Кудревич*

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков

В статье представлены результаты этапного хирургического лечения больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений. Было установлено, что этапное применение миниинвазивных методик при лечении пациентов данной группы позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений до 46%, а летальность – до 22%.

Ключевые слова: панкреонекроз, гнойные осложнения, хирургическое лечение.

Острый панкреатит как проблема экстренной хирургии органов брюшной полости остается актуальной на протяжении более чем 30 лет. Несмотря на детальное изучение основных патогенетических звеньев развития ОП и разработку многокомпонентных патогенетических методов лечения, до последнего времени не намечается принципиальной тенденции к улучшению исходов этого заболевания [3]. В последние годы отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом, который в настоящее время занимает третье место в структуре острой хирургической патологии. Кроме того, отмечен рост числа деструктивных форм [5]. С развитием панкреонекроза (ПН) у 40-70% больных наступает инфицирование очагов некротической деструкции [2]. Летальность в этой группе пациентов, несмотря на проведение полного комплекса интенсивной терапии, адекватной антибиотикотерапии, а также использования всего арсенала хирургии остается чрезвычайно высокой, достигая, по данным разных авторов, 63-85,7%. Хирургическое лечение ОП является сложной и до настоящего времени окончательно нерешенной проблемой неотложной абдоминальной хирургии [3]. Тактика лечения острого некротического панкреатита является предметом дискуссии [4]. До настоящего времени существуют полярные взгляды относительно хирургического лечения больных ПН в фазе гнойных осложнений – от максимально агрессивных до минимально инвазивных подходов [6].

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных панкреонекрозом (ПН) в фазе гнойных ослож-

нений путем применения этапной хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий.

Материал и методы

За период с января 2007 г. по январь 2011 г. на базе ГУ «ИОНХ НАМНУ» находились на лечении 50 больных ПН в фазе гнойных осложнений. Мужчин было 37 (74%), женщин – 13 (26%). Большая часть пациентов – 42 (84%) были в возрасте до 60 лет. Среди этиологических факторов преобладал алкогольный и алиментарный острый панкреатит (ОП), что было отмечено в 19 (38%) и 23 (46%) наблюдениях соответственно. Реже встречался билиарный и идиопатический ОП, что было выявлено в 5 (10%) и 3 (6%) случаях. Преобладали пациенты с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы – 24 (48%) и 18 (36%) больных соответственно. Реже встречался очаговый ПН – 8 (16%) пациентов. Во всех случаях инфицирование очагов некротической деструкции было подтверждено бактериологически. Синдром системного воспалительного ответа (SIRS) выявлен у всех пациентов, множественная дисфункция органов (MODS) – у 18 больных (36%). Все больные были оперированы. Характер оперативных вмешательств приведен в таблице 1.

Из приведенных выше данных видно, что в 94% наблюдений (47 пациентов) при выборе метода хирургического лечения больных основной группы преимущество было отдано миниинвазивным технологиям. Необходимо отметить, что эти операции не всегда являются окончательными и нередко невозмож-

Таблиця 1.

Характер выполненных оперативных вмешательств

Характер оперативного вмешательства	Пункционно-дренирующие под контролем УЗ, абс. (%)	Видеоскопические операции, абс. (%)	Операции из проекционного минидоступа по УЗ-метке, абс. (%)	«Полуоткрытые» операции, абс. (%)	Всего, абс. (%)
Количество больных	19 (38)	11 (22)	17 (34)	3 (6)	50 (100)

но выполнить полную ревизию всех патологических очагов, однако они позволяют стабилизировать состояние пациента, что делает возможным в дальнейшем выполнение повторной, при необходимости более агрессивной операции, позволяющей добиться полной ликвидации патологических очагов.

Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ нами применены у 19 пациентов основной группы (38%) при единичных абсцессах поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, а также при инфицированных псевдокистах поджелудочной железы. При абсцессах объемом до 50 мл и при псевдокистах объемом до 200 мл использовали методику Сельдингера, что позволяло выполнить достаточно эффективную санацию и дренирование патологических очагов. Данная методика применена у 11 (22%) больных. В случае большего размера абсцессов и инфицированных псевдокист, наличия в них детрита, густого гноя и мелких секвестров, что было выявлено у 7 (14%) пациентов, пункционное дренирование выполнялось с помощью двупросветного стилет-катетера с раздувным баллоном на конце и внутренним диаметром 0,8 см. Видеолапароскопические операции выполнены у 11 пациентов (22%). Показаниями к выполнению данного типа операций считали наличие инфицированных жидкостных скоплений в сальниковой сумке или парапанкреатической клетчатке, абсцессов поджелудочной железы, неэффективность их санации после пункционно-дренирующих операций, наличие крупных секвестров размерами более 2 см, которые требовали установки дренажей большого диаметра, а также наличие признаков гнойного перитонита неясного генеза, когда диагностическая лапароскопия переходила в лечебное мероприятие. При преимущественном панкреатогенном поражении забрюшинной клетчатки возможно также выполнение видеолумбоскопических

операций, которые позволяют, на наш взгляд, произвести достаточную ревизию забрюшинной клетчатки с выполнением последующих необходимых лечебных манипуляций.

Операции из минидоступа по ультразвуковой (УЗ) метке выполнены у 17 (34%) больных. Показаниями к данному типу хирургического лечения считались относительная стабильность состояния пациента, массивное гнойно-некротическое поражение поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, когда изначально предполагалась неэффективность пункционно-дренирующих и видеоскопических вмешательств, «опасное» соседство патологических очагов с крупными сосудами и близлежащими органами, когда возникала необходимость четкого визуального и мануального контроля за проводимыми манипуляциями. Кроме того, на наш взгляд, при выполнении операций из мини-доступа удавалось выполнить наиболее тщательную ревизию поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, произвести достаточную некрсеквестрэктомию, выполнить адекватную санацию и дренирование гнойно-некротических очагов. В выборе доступа отдавали предпочтение задне-боковым доступам, что связано с преимущественным поражением забрюшинной клетчатки при ПН. Срединные доступы применялись лишь в тех случаях, когда их проекция соответствовала зоне максимального поражения, что подтверждали данные ультразвукового исследования.

«Полуоткрытые» операции с использованием традиционных методик выполнены у 3 (6%) больных. Выполнение операций данного типа было обусловлено ургентным поступлением пациентов и невозможностью исключить другое острое заболевание органов брюшной полости в 2 (4%) случаях, а также сочетание инфицированного ПН с острой странгуляционной тонкокишечной непроходимостью в 1 (2%) наблюдении.

В послеоперационном периоде больным проводилось консервативное лечение, включавшее инфузионно-детоксикационную, антибактериальную, антисекреторную, метаболическую, противовоспалительную терапию, обезболивание. По показаниям выполнялись трансфузии эритроцитарной массы, а также белковых препаратов. Для профилактики и лечения печеночной недостаточности всем больным в послеоперационном периоде внутривенно вводился Гептрал® в суточной дозе 800 мг в течение 2 недель. Местная терапия включала в себя ежедневные санации полости гнойников растворами антисептиков и введение мазей на водорастворимой основе.

Результаты и обсуждение

Необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств возникла у 25 (50%) пациентов. Характер повторных оперативных вмешательств приведен в таблице 2.

Необходимость выполнения повторных операций связана, в первую очередь, с неоднократным нагноением всех очагов деструкции, что приводило к формированию новых панкреатогенных абсцессов или прогрессированию забрюшинной флегмоны, а также с тяжелым исходным состоянием пациента. Эти факторы обуславливают выполнение на первом этапе как можно менее агрессивного хирургического вмешательства, которое, являясь достаточно эффективным, приведет к стабилизации состояния больного. Выполнение последующего хирургического пособия, объем которого при необходимости может быть большим и зависит от выявленных изменений,

позволяет окончательно санировать и дренировать все очаги гнойной деструкции, выполнить адекватную некрсеквестрэктомию с меньшей угрозой для жизни пациента. Интраоперационные осложнения возникли у 2 (4%) больных. В 1 (2%) наблюдении при дренировании абсцесса сальниковой сумки стилет-катетером произошло сквозное ранение желудка, что потребовало лапаротомии, ушивания стенок желудка, санации и дренирования сальниковой сумки, что не повлияло на исход лечения. Еще в одном наблюдении при выполнении некрсеквестрэктомии из проекционного минидоступа было выявлено кровотечение из ткани поджелудочной железы, что потребовало тампонады сальниковой сумки марлевыми тампонами.

Характер послеоперационных осложнений приведен в таблице 3.

Из представленных данных следует, что послеоперационные осложнения возникли у 23 (46%) больных. Наиболее грозными из них явились аррозивное кровотечение и поздняя полиорганная недостаточность.

У 1 (2%) пациента возникновение кровотечения было обусловлено аррозией гастродуоденальной артерии, еще у 1 (2%) больного – повреждением нижней панкреатической артерии, что было подтверждено данными ангиографии. Обоим пациентам выполнена экстренная тампонада раны марлевыми тампонами с последующей эндоваскулярной пломбировкой гастродуоденальной артерии в первом случае и редукцией селезеночного кровотока во втором. Еще у одной (2%) пациентки с

Таблица 2.
Характеристика повторных хирургических вмешательств у пациентов основной группы

Оперативное вмешательство	Количество пациентов
Повторные пункционно-дренирующие вмешательства	11
Повторные видеоскопические операции	4
Видеоскопические вмешательства и дополнительные операции из минидоступа по УЗ-метке	3
Повторные вмешательства по УЗ-метке из минидоступа	4
Операции по УЗ-метке из минидоступа и пункционно-дренирующие вмешательства	1
Операции по УЗ-метке из минидоступа и дополнительная видеолумбоскопическая санация	2
Всего	25

Таблиця 3.

Характер послеоперационних ускладнень у больних обоих груп

Осложнение	Колічество больних	
	Абс.	%
Нагноение послеоперационной раны	1	2,0
Аррозивное кровотечение	3	6,0
Формирование наружного толстокишечного свища	1	2,0
Формирование наружного панкреатического свища	2	4,0
Реактивный плеврит	7	14,0
Поздняя ПОН	8	16,0
Пневмония	1	2,0
Всего	23	46,0

субтотальным панкреонекрозом и панкреатогенной флегмоной забрюшинного пространства с преимущественным поражением левого верхнего квадранта аррозия селезеночной артерии привела к массивному кровотечению в брюшную полость и явилась причиной летального исхода, что было подтверждено данными аутопсии.

Формирование неполного наружного толстокишечного свища у 1 (2%) больного на фоне абсцесса сальниковой сумки, оперированного лапароскопически, отмечено на 14 сутки после повторной операции. Произведена девульсия ануса по Субботину, продолжено консервативное лечение, санация остаточной полости со свищом растворами антисептиков. Толстокишечный свищ закрылся самостоятельно.

У 2 (4%) пациентов, оперированных по поводу субтотального панкреонекроза, флегмоны забрюшинного пространства, которым выполнялись некрсеквестрэктомия и дренирование забрюшинного пространства из проекционных минидоступов, отмечено формирование наружных панкреатических свищей с дебитом до 100 мл панкреатического отделяемого в сутки, которые были подтверждены данными фистулографии. Установлен дренаж, проведено консервативное лечение, на фоне которого отмечено уменьшение панкреатического отделяемого по свищу. Оба пациента выписаны с дренажами для дальнейшего амбулаторного лечения. Самостоятельное за-

крытие панкреатических свищей отмечено через 12 и 20 дней после выписки.

Поздняя полиорганная недостаточность (ПОН), выявленная у 8 (16%) пациентов, явилась наиболее грозным системным осложнением инфицированного ПН, поскольку имела злокачественный прогрессирующий характер и не поддавалась проводимой в полном объеме интенсивной терапии, что в конечном итоге явилось причиной смерти данных больных. Респираторный дистресс-синдром выявлен у 4 (8%) пациентов, печеночно-почечная недостаточность – в 3 (6%) наблюдениях, церебральная недостаточность – у 2 (4%) больных, сердечно-сосудистая недостаточность у 5 (10%) пациентов. Необходимо отметить, что включение в послеоперационную терапию препарата Гептрал® в указанной дозировке позволило снизить вероятность развития печеночной недостаточности до 6%. В 2 (4%) наблюдениях прогрессирующая ПОН явилась причиной смерти после первичной операции, в остальных наблюдениях поздняя ПОН явилась причиной гибели после повторной операции. Другими причинами смерти после повторной операции у пациентов основной группы были: аррозивное кровотечение – в 1 (2%) случае, пневмония – 1 (2%) наблюдение, острый инфаркт миокарда на фоне развившейся нестабильной стенокардии – в 1 (2%) случае. Общая летальность составила 22% (11 больных).

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, применение этапной хирургической тактики у больных ПН в фазе гнойных осложнений с использованием миниинвазивных технологий позволяет стабилизировать состояние больных на первом этапе лечения, что в дальнейшем дает возможность выполнить, при необходимости, более обширное санационное вмешательство. Использование такого подхода позволило уменьшить частоту послеоперационных осложнений до 46%, а летальность – до 22%.

ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ФАЗІ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

*В.В. Бойко, О.М. Тищенко, Ю.В. Иванова,
Є.В. Мушенко, Р.М. Смачило, Н.М. Брицька,
О.М. Кудревич*

У статті наведені результати етапного хірургічного лікування хворих на некротичний панкреатит у фазі гнійних ускладнень. Було встановлено, що етапне використання мініінвазивних методик при лікуванні пацієнтів цієї групи дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень до 46%, а летальність – до 22%.

Ключові слова: панкреонекроз, гнійні ускладнення, хірургічне лікування.

STAGED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NECROTIZING PANCREATITIS IN PHASE OF PURULENT COMPLICATIONS

*V.V. Boyko, A.M. Tischenko, Yu.V. Ivanova,
E.V. Mushenko, R.M. Smachylo, N.M. Brytska,
A.N. Kudrevich*

The results of staged surgical treatment of patients with necrotizing pancreatitis in phase of purulent complications are performed in the article. It was established that staged application of miniinvasive technologies in surgical treatment of these patients allows to decrease the rate of postoperative complications to 46%, and mortality – to 22%.

Key words: necrotizing pancreatitis, purulent complications, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байчоров Э.Х. Хирургическое лечение больных острым панкреатитом / Э.Х. Байчоров, Р.З. Макушкин, А.З. Вафин // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 13-16.
2. Галимзянов Ф.В. Первичная диагностика инфицированного панкреонекроза / Ф.В. Галимзянов // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 8-10.
3. Кононенко С.Н. Диагностический алгоритм при остром панкреатите тяжелого течения / С.Н. Кононенко, И.А. Павленко, А.С. Миронов // Хирургия. – 2006. – № 9. – С. 36-40.
4. Копчак В.М. Хирургічне лікування гострого некротичного панкреатиту / В.М. Копчак, І.В. Хом'як, О.В. Дувалко, К.В. Копчак // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11-12. – С. 18-19.
5. Коротков Н.И. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита / Н.И. Коротков, А.В. Кукушкин, А.С. Метелев // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 40-44.
6. Савельев В.С. Варианты течения панкреонекроза, определяющие выбор оптимальной тактики хирургического лечения / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // Анналы хирургии. – 2006. – № 1. – С. 41-44.

Стаття надійшла 21.02.2011