

УДК 616.37-002.4-089.85

*А.А. Васильев***РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Проанализированы результаты применения лапаротомий в хирургическом лечении 311 больных с некротическим панкреатитом. Больные были распределены на три группы. Группы больных соответствовали этапам совершенствования лечебной тактики. В группы больных вошли соответственно 217, 63 и 41 пациент, которым выполнены лапаротомии. В первой группе операцией выбора была лапаротомия. Послеоперационная летальность составила 39,2%. Показания к лапаротомии во второй группе больных были значительно сокращены за счет внедрения пункционно-дренирующих вмешательств, выполняемых под сонографическим контролем преимущественно при гнойных осложнениях панкреатита. Удельный вес лапаротомий во второй группе снизился до 31,1%. Послеоперационная летальность составила 36,5%. В третьей группе больных применялись динамическая сонография и ранние дренирующие миниинвазивные вмешательства при асептических жидкостных скоплениях. Удельный вес лапаротомий сократился до 9,4%. Послеоперационная летальность после лапаротомий составила 24,4%. Внедрение динамической сонографии, этапного хирургического лечения больных и ограничение показаний к лапаротомии позволило снизить послеоперационную летальность при некротическом панкреатите до 5,5%. Автор определяет показания к лапаротомии и сроки ее выполнения.

Ключевые слова: некротический панкреатит, оперативное лечение, лапаротомия.

Острый панкреатит остается актуальной мировой проблемой, как интенсивной терапии, так и хирургического лечения.

В структуре умерших больных от экстренных заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит в Украине устойчиво занимает первое место (36%). Послеоперационная летальность от ОП в Украине в 2009 году составила 12,3%.

Острый панкреатит делит первое место по обращаемости больных за помощью в хирургические стационары с острым аппендицитом. Так заболеваемость острым панкреатитом в 2010 году в Украине, в Донецкой области и в г. Донецке на 10 000 населения составила соответственно 75, 119 и 175 госпитализированных.

Решающую роль в исходе заболевания играют определение тяжести ОП при госпитализации больного, ранняя интенсивная терапия тяжелого ОП и выбор способа и объема хирургического вмешательства. Применяемая по сей день ранняя лапаротомия является весьма травматичной операцией, которая сопровождается большим числом осложнений (аррозивные внутрибрюшные кровотечения, сепсис, желудочные и кишечные свищи, раневое истощение и др.). В последнее время все большее число хирургов отдаст пред-

почтение менее травматичным пункционно-дренирующим хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука, а также внебрюшинным операциям на забрюшинной клетчатке и на поджелудочной железе из мини доступов. Причем клиника, хирургическая тактика в которых базируется на первичных миниинвазивных хирургических вмешательствах при осложнениях ОП, имеют значительно лучшие показатели в лечении больных с некротическим панкреатитом [1-6]. Роль и место различных хирургических вмешательств в лечении острого некротического панкреатита следует еще установить.

Цель исследования – определить показания и сроки выполнения операций при некротическом панкреатите путем лапаротомии на современном этапе лечебной тактики.

Материал и методы

В работе представлен анализ историй болезни 856 больных ОП, оперированных в клинике за период с 1979 по 2010 гг. Больные распределены на три группы, которые отличаются этапами развития хирургической тактики при некротическом панкреатите. Первая группа – 1104 больных (1979-1998 гг.). Из них оперированы 217 пациентов. Всем пациентам выполнены операции путем лапарото-

мии (ЛТ). Показаниями к операции послужили: нераспознанный до лапаротомии инфицированный НП, неэффективность консервативного лечения и прогрессирование синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), острая высокая тонкокишечная непроходимость, абсцессы сальниковой сумки и межпетельные абсцессы, аррозивные кровотечения в просвет острой постнекротической кисты (ОПНК) или в брюшную полость, гнойный перитонит, флегмона забрюшинной клетчатки. Объем операции заключался в разрушении парапанкреатического инфильтрата при наличии очагов инфицирования, встречном проточном дренировании сальниковой сумки или в оментобурсостомии, остановке кровотечения из аррозированных сосудов путем их прошивания, наружной холецистостомии при синдроме билиарной гипертензии, подвешной энтеростомии с интубацией тонкого кишечника.

Вторая группа – 1521 пациент (1999-2003 гг.). Во второй группе больных применялись миниинвазивные дренирующие операции, преимущественно при инфицированных отграниченных жидкостных скоплениях. Показания к ранней лапаротомии были существенно ограничены и определялись: гнойным перитонитом, неадекватным дренированием абсцессов ПЖ и парапанкреатической клетчатки, аррозивными кровотечениями в просвет ОПНК, неэффективным дренированием паракольной флегмоны после малотравматического вмешательства. Путем лапаротомии оперированы 63 пациента.

Третья группа представлена 3496 пациентами, пролеченными за период с 2004 по 2010 гг. Лапаротомии выполнены 41 больному с НП. Показаниями к выполнению лапаротомии в III группе больных явились: непроходимость нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки (2), синдром критического внутрибрюшного давления (2), нераспознанный до операции НП (12), аррозивное кровотечение в просвет ОПНК (2), перфорация острых язв тонкой кишки (1), гнойный перитонит вследствие перфорации инфицированной ОПНК (3), “поздние” лапаротомии с целью панкреатосеквестрэктомии при крупноочаговом (30% объема железы и более) НП после миниинвазивного дренирования (17), билиарный НП на почве вклинения конкре-

мента в ампуле большого сосочка двенадцатиперстной кишки, и невозможность разрешить холедохолитиаз эндоскопически (2).

В определении объема некротического поражения ПЖ пользовались классификацией Mayo, 1998 г. Основным методом диагностики была динамическая сонография. При этапном лечении больных НП на первом этапе дренирующие операции выполняли под сонографическим контролем. В определении тяжести клинического течения ОП в день госпитализации, через 24 и 48 часов и на этапах лечения использовали прогностические шкалы Ranson I-II и APACHE II.

Результаты и обсуждение

Третий этап развития лечебной тактики характеризуется динамической сонографической оценкой проявлений ОП и его осложнений; миниинвазивными дренирующими операциями при отграниченных и неотграниченных жидкостных скоплениях, выполняемых в день их распознавания. Подтверждение инфицирования НП при дренировании некротических очагов в сроки до 2 недель от начала заболевания не являлось показанием к ранней лапаротомии. Адекватное дренирование инфицированного очага в ПЖ или в парапанкреатической клетчатке, выполненное под сонографическим контролем или из внебрюшинного минидоступа позволяло осуществлять контроль и “управлять сепсисом”. Оценка тяжести ССВО и сепсиса осуществлялась ежедневно по основным параметрам шкалы APACHE II.

Летальность после ЛТ в первой группе больных составила 39,2%. Основными причинами смерти после ЛТ, выполненных в первые 7 дней от начала заболевания явились: ферментативный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, ТЭЛА и острая печеночно-почечная недостаточность. Основными причинами смерти после ЛТ, выполненных в сроки от 8 до 17 дней от начала заболевания были: прогрессирующий сепсис, профузные аррозивные кровотечения после оментобурсостомии, ТЭЛА.

Анализ летальных исходов в первой группе больных показал недопустимость разрушения панкреатического инфильтрата в сроки до 2 недель от начала заболевания и невозможность интраоперационной адекватной са-

нации сальниковой сумки и ПЖ в условиях, когда отграничения некротизированной ткани еще не произошло. Считаем, что раннее чрезкожное миниинвазивное дренирование некротического очага на фоне комплексного интенсивного лечения способствует его отграничению.

Отказ от ранних ЛТ (до 14 дней от начала заболевания) во II и в III группах больных показал, что нам удалось избежать таких послеоперационных осложнений, как синдром полиорганной недостаточности, аррозивные кровотечения из сальниковой сумки, прогрессирующие флегмоны забрюшинной клетчатки и кишечные свищи.

При формировании флегмон забрюшинной клетчатки (сонографическая картина забрюшинной инфильтрации с очаговыми жидкостными включениями) прибегали к вскрытию флегмон внебрюшинным доступом: субкостальным на стороне поражения или в сочетании с подвздошным. Дренирование силиконовыми дренажами и рыхлая тампонада раневого канала позволили нам выполнять программные санации забрюшинного пространства с секвестрэктомиями спустя 3-4 суток после открытого дренирования забрюшинных флегмон под щадящим эпидуральным обезболиванием.

Программные санации брюшной полости в III группе больных были предприняты только у одного пациента после лапаротомии, показанием к которой явились множественные перфорации острых язв тонкой кишки на фоне синдрома критического внутрибрюшного давления. Потребовались две санирующие операции. Дефект брюшной стенки был закрыт сетчатым викриловым имплантом после второй санации брюшной полости. Панкреатический параколический инфильтрат с абсцедированием был вскрыт внебрюшинно при первичной лапаротомии. Пациент выписан с выздоровлением.

17 больным II и III групп лапаротомии выполнены с целью секвестрэктомии после этапного миниинвазивного лечения. Средний срок до операции составил 32 ± 8 дней после дренирования жидкостных скоплений. Сонографически очаги деструкции на момент лапаротомии были представлены отграниченным плотным компонентом. Доступ к некротическим очагам осуществляли путем верхней

срединной лапаротомии, следуя по дренажу, установленному на миниинвазивном этапе лечения. Секвестрэктомия подразумевала удаление некротизированных тканей, свободнолежащих в полости плотного воспалительного инфильтрата. Остаточная полость дренировалась с обеспечением рациональной проточной санации. Операционные раны ушивали наглухо.

Неполные наружные панкреатические свищи сформировались у 5 больных.

При непроходимости нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки за счет ее компрессии плотным парапанкреатическим инфильтратом (ППИ) двум пациентам III группы был наложен гастроэнтероанастомоз на длинной петле с Брауновским соустьем. Во время лапаротомии парапанкреатический инфильтрат не разрушался (отсутствие жидкого компонента). В одном случае ППИ регрессировал, во втором - был дренирован субкостальным внебрюшинным доступом через 8 дней при появлении жидкого инфицированного компонента в проекции хвоста ПЖ.

В III группе больных, в случаях, когда была выполнена ЛТ по поводу перитонита невыясненной этиологии (диагностическая и тактическая ошибки) в сроки до 14 дней от начала заболевания, никакие вмешательства в сальниковой сумке не предпринимались (12 больных). Таким больным дренировали малый таз и Винслово отверстие. При билиарной гипертензии накладывали микрохолецистостому (4). Рану брюшной стенки ушивали наглухо. Лечение тяжелого ОП продолжали в условиях ОИТ. Операционных осложнений у этих больных не было (см. табл.).

Причинами смерти у больных после ЛТ в III группе больных явился сепсис и синдром ПОН, развившиеся при субтотальном и тотальном инфицированном некротическом панкреатите.

Выводы

1. Ранняя лапаротомия (до 14 дней от начала заболевания) у больных с острым некротическим панкреатитом показана при угрожающих жизни больного состояниях. К ним относим: гнойный перитонит (вскрывшийся в брюшную полость абсцесс ПЖ или сальниковой сумки, перфорации острых язв), син-

Таблиця.

Лапаротомии в хирургическом лечении некротического панкреатита

	I группа, 1979-1998 гг.	II группа, 1999-2003 гг.	III группа, 2004-2010 гг.
Количество больных с ОП	1104	1521	3496
Оперированы	217	202	437
Лапаротомии	217	63	41
Уд. вес лапаротомий	100%	31,1%	9,4%
Умерли после лапаротомий	85	23	10
Летальность после лапаротомий	39,2%	36,5%	24,4%
Оперативная активность	19,7%	13,3%	12,5%
Общая п/о летальность	39,2%	14,9%	5,5%

дром критического внутрибрюшного давления, аррозивные кровотечения в брюшную полость или в просвет ОПНК, вклинение конкремента в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки, когда эндоскопические вмешательства не возможны, непроходимость двенадцатиперстной кишки, вызванная сдавлением кишки парапанкреатическим инфильтратом.

2. Считаю нецелесообразными какие-либо вмешательства на поджелудочной железе и на парапанкреальной клетчатке путем лапаротомии в первые 14 дней от начала острого панкреатита.

3. Панкреатосеквестрэктомия при крупноочаговом некротическом панкреатите (30% и более объема ткани ПЖ) рекомендуется позднее 21 дня после миниинвазивного этапного дренирования некротического очага.

4. В лечении парапанкреатической флегмоны предпочтение следует отдавать внебрюшинным способам дренирования.

РОЛЬ І МІСЦЕ ЛАПАРОТОМІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

О.О. Васильев

Проаналізовані результати використання лапаротомії в хірургічному лікуванні 311 хворих на некротичний панкреатит. Хворі були розподілені на III групи. Групи хворих відповідали етапам удосконалення лікувальної тактики. В групи хворих увійшли відповідно 217, 63 та 41 пацієнт яким була виконана лапаротомія. В першій групі операцією вибору була лапаротомія. Післяопераційна летальність складала 39,2%. Показання до лапаротомії у другій групі хворих були значно скорочені вна-

слідок впровадження пункційно-дренуючих втручань, що виконувались під сонографічним контролем переважно при гнійних ускладненнях панкреатиту. Питома вага лапаротомій у другій групі хворих знизилась до 31,1%. Післяопераційна летальність складала 36,5%. В третій групі хворих використовувалась динамічна сонографія та ранні дренуючі мініінвазивні втручання при асептичних рідинних скупченнях. Питома вага лапаротомій скоротилася до 9,4%. Післяопераційна летальність після лапаротомій складала 24,4%. Впровадження динамічної сонографії, етапного хірургічного лікування хворих та обмеження показань до лапаротомії дозволило знизити післяопераційну летальність при некротичному панкреатиті до 5,5%. Автор окреслює показання до лапаротомії та терміни її виконання при некротичному панкреатиті.

Ключові слова: некротичний панкреатит, хірургічне лікування, лапаротомія.

ROLE AND PLACE OF LAPAROTOMY IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NECROTIZING PANCREATITIS

A.A. Vasylyev

Analyzed the results of laparotomy in surgical treatment of 311 patients with necrotizing pancreatitis. The patients were divided into three groups. Group of patients corresponded to stage in the development of treatment policy. In the group of patients included, respectively, 217, 63 and 41 patients who underwent laparotomy. In the first group of choice of surgery was a laparotomy. Postoperative mortality was 39.2%. Indications for laparotomy in the second group of patients were significantly reduced by the introduction of puncture-drainage procedures, performed under sonographic control mainly in septic complications of pancreatitis. The share of laparotomy in the second group decreased to 31.1%. Postoperative mortality was 36.5%. In the third group of patients in a dynamic sonography and early draining minimal invasive interventions for aseptic liquid clusters. The share of laparotomy was reduced to 9.4%. Postoperative mortality after laparotomy was 24.4%. Implementation of dynamic sonography, a landmark surgi-

cal treatment and restriction of indications for laparotomy has reduced postoperative mortality for necrotizing pancreatitis to 5.5%. The author defines the indications for laparotomy and the timeline for its implementation.

Key words: necrotizing pancreatitis, surgical treatment, laparotomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
2. Banks P.A. Practice guideline sin acute pancreatitis / P.A. Banks, M.L. Freeman // Am J Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 2379-2400.
3. Feasibility of minimally invasive approaches in patients with infected necrotizing pancreatitis / M.G. Besselink, H.C. Van Santvoort, A.F. Schaapherder [et al.] // Br J Surg. – 2007. – Vol. 94. – P. 604-608.
4. Dutch Acute Pancreatitis Study Group. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited / T.L. Bollen, H.C. van Santvoort, M.G. // Br J Surg. – 2008. – Vol. 95 (1). – P. 6-21.
5. Practical Guidelines for Acute Pancreatitis / R. Pizzilli, A. Zerbi, V.Di Carlo [et al.] // Pancreatology. – 2010. – Vol. 10. – P. 523-535.
6. Case-matched comparison of the retroperitoneal approach with laparotomy for necrotizing pancreatitis. / H.C. Van Santvoort, M.G. Besselink, T.L. Bollen [et al.] // World J Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 1635-1642.

Стаття надійшла 17.03.2011