

© Запороженко Б.С., Бородаев И.Е., Качанов В.Н., Муравьев П.Т., Шарапов И.В., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.

УДК: 616.37-002.4-022.7-089

Запороженко Б.С., Бородаев И.Е., Качанов В.Н., Муравьев П.Т., Шарапов И.В., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2 с курсом детской хирургии, Одесский областной клинический медицинский центр (Валиховский переулок, 1, г. Одесса, Украина, 65100)

НЕКОТОРЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проанализирован результат лечения 156 больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП). У 76 (48,7%) больных был диагностирован стерильный панкреонекроз, осложненный развитием ферментативного перитонита, что явилось показанием к лапароскопической санации (ЛС) и дренированию брюшной полости. Важнейшим этапом оперативных вмешательств, выполняемых в ранние сроки заболевания у больных со стерильным ОДП, было устранение патологии желчных путей. Летальность составила 3,9%. У 80 (51,3%) больных было выполнено "открытое" лапаротомное вмешательство по поводу инфицированного ОДП. После выполнения лапаротомии основное внимание было уделено оценке распространенности и характера поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, органов брюшной полости. Летальность в этой группе больных составила 12,5%.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, стерильный, инфицированный панкреонекроз.

Введение

Принципы хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) основаны на дифференцированном подходе к выбору оперативных вме-

шательств в зависимости от фазы развития заболевания, клинико-морфологической его формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания. Диф-

ференцированный подход к тактике хирургического лечения определялся прежде всего степенью распространенности некроза ПЖ и парапанкреатической клетчатки, а также доказанной трансформацией стерильного процесса в инфицированный панкреонекроз.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения ОДП, определение показаний к операции, оптимальных сроков хирургического вмешательства, последовательности применения транскутаных и лапаротомных методик, хирургических доступов, видов операций на поджелудочной железе и желчевыводящей системе, способов дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости, режимов повторных некр- и секвестрэктомий.

Материалы и методы

В клинике кафедры хирургии № 2, расположенной на базе Одесского областного клинического медицинского центра за период с 2007 по 2015гг. находилось на лечении 156 больных с ОДП. Из них мужчин - 94 (60,2 %), женщин - 62 (39,7 %) больных. По тяжести течения преобладали больные с тяжелой степенью течения ОДП. Обсуждая показания к операции, руководствовались всем комплексом клинических, лабораторных, инструментальных (УЗИ, КТ, лапароскопия) данных в динамике заболевания и консервативного лечения [5]. В этих условиях основу наиболее прогностически точной и индивидуальной оценки степени тяжести состояния больного должны составлять интегральные системы шкалы (в частности, APACHE II) [4, 5]. Такой подход к выбору оптимальной хирургической тактики обеспечивал получение наиболее полной и достоверной информации о клинко-морфологической форме панкреонекроза, топографии некротического или гнойного очага, степени тяжести состояния больного, что позволяло на определенном этапе лечения дифференцированно использовать транскутаные пункционные, лапароскопические и традиционные открытые методы оперативного лечения, выбрать оптимальный хирургический доступ, планировать последовательность интраоперационных манипуляций и рациональный объем предстоящего хирургического вмешательства. Практика "сопоставления" дооперационных клинических данных и интраоперационных находок позволяет в некотором смысле стандартизировать программу этапного хирургического лечения больного с ОДП, что определяет эффективность всего комплекса лечебных мероприятий.

Результаты. Обсуждение

У 76 (48,7 %) больных был диагностирован стерильный панкреонекроз, осложненный развитием ферментативного перитонита, что явилось показанием к лапароскопической санации (ЛС) и дренированию брюшной полости (табл. 1).

Важнейшим этапом оперативных вмешательств,

выполняемых в ранние сроки заболевания у больных со стерильным ОДП, было устранение патологии желчных путей. При деструктивном холецистите выполняли ЛХЭ, а при наличии признаков билиарной гипертензии и микрохоледохолитиаза выполняли декомпрессию путем дренирования протоковой системы, в показанных случаях выполняли холецистостомию. В ряде ситуаций холецистостомия была выполнена под контролем лапароскопической техники или транскутанно под контролем УЗИ.

В последние годы мы используем метод лапароскопической панкреато-оментобурсоскопии и санации сальниковой сумки [6, 7]. С этой целью выполняем лапароскопию, холецистостомию, санацию и дренирование брюшной полости и далее с использованием специально разработанного инструментария из минилапаротомного доступа осуществляем осмотр поджелудочной железы, ее абдоминализацию, некр- и секвестрэктомию с ликвидацией жидкостных скоплений, формированием панкреатооментобурсостомы. В последующем выполняем этапные санации, а между операциями через дренажи проводим проточный или фракционный лаваж полости сальниковой сумки.

Из 3 умерших больных, 2 умерли от гнойных осложнений с развитием острой полиорганной недостаточности, 1 от профузного язвенного кровотечения. Летальность составила 3,9 %.

При развитии инфицированного панкреонекроза, когда по результатам УЗИ и/или КТ установлено, что некротический компонент очага существенно преобладает над жидкостным его элементом (либо последний вовсе отсутствует), а степень тяжести состояния больного не имеет тенденции к улучшению, применение транскутаных методов дренирования было нецелесообразно [1]. В свою очередь, при формировании инфицированного панкреонекроза а признаками абсцедирования, когда область деструкции в забрюшинном пространстве соизмерима с жидкостным компо-

Таблица 1. Виды оперативных вмешательств, выполненных у больных со стерильным ОДП.

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	Умерло
ЛС санация и дренирование брюшной полости	18	-
Лапароскопическая панкреато-оментобурсоскопия, санация сальниковой сумки	7	-
ЛХЭ, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	23	1
ЛХЭ дренирование гепатикохоледоха, дренирование брюшной полости	15	2
Транскутанная пункция жидкостных скоплений под контролем УЗИ	9	-
Холецистостомия, дренирование брюшной полости	4	-
Всего	76	3(3,9%)

Таблиця 2. Види оперативних втручань, виконаних при інфіцированом ОДП.

Види оперативного втручання	Кількість больних	Умерло
Лапаротомія, некр- і секвестрэктомія, санация і дренирование сальникової сумки і брюшної порожнини	52	5
Лапаротомія, некр- і секвестрэктомія. Люмботомія, дренирование забрюшинного простору	22	3
Дистальна резекція ПЖ	6	2
Всього	80	10 (12,5%)

нентом гнійно-некротического очага, на першому етапі хірургічного лікування були використані малоінвазивні технології в формі чрезкожного дренирования гнійно-некротического очага під УЗІ або КТ контролем. Подібна тактика дозволила виконати лапаротомне втручання в відстроченому періоді (на 2-3 тижні захворювання і навіть пізніше), коли створюються оптимальні умови для розмежування зон некроза, секвестрації і життєспособних тканин [3]. Хірургічне втручання, виконане в цих умовах, мало суттєві переваги: 1) розширюються можливості для одночасної і ефектвної некр- і секвестрэктомії; 2) відпадає необхідність в проведенні великої кількості етапних санационних операцій; 3) знижується ризик розвитку аррозивних кровотечень; 4) підвищується ймовірність збереження більшої частини життєспособної піджелудочної залози і наступної екзо- і ендокринної функції органу.

Чрезкожное дренирование панкреатогенних абсцесів різної локалізації в забрюшинному просторі представлялось оптимальним способом їх хірургічного лікування в тих ситуаціях, коли об'єм некроза був мінімальним або взагалі відсутнім, порожнина абсцеса не містила замазкообразного детрита, приносячого до обтурації дренажів.

У 80 (51,3 %) хворих було виконано "відкрите" лапаротомне втручання. Після виконання лапаротомії основне уваження було уделено оцінці поширеності і характеру ураження піджелудочної залози, забрюшинної клітки, органів брюшної порожнини.

В плані вибору об'єму хірургічного втручання важливо відзначити, що по інтраопераційним даним складно об'єктивно оцінити глибину, поширеність панкреонекрозу і достовірно розмежувати некротическу і життєспособну тканину в піджелудочної залозі і різних відділах забрюшинної клітки. Свідченням є те, що демаркаційна лінія стає явній лише до 2-3 тижнів захворювання, а необґрунтоване розширення показань до резекції піджелудочної залози неминемно призво-

дит до розвитку важкої енд- і екзокринної недостаточності. Ці обставини визначають складності вибору адекватного об'єму операції на піджелудочної залозі при різних формах панкреонекрозу.

В залежності від характеру хірургічних втручань, виконували резекційні (видалення частини некротизованої піджелудочної залози) і органосохраняючі (абдомінізація піджелудочної залози, некр- і секвестрэктомія) види операцій в режимі програмних операцій (табл. 2) (рис. 1, 2, 3).

Програмні операції передбачали вибір визначених тактичних режимів повторних некр- і секвестрэктомії: 1) етапних ревизій і санаций (некр- і секвестрэктомія) забрюшинного простору, проводимих в програмуєму режимі ("по програмі"); 2) неотложних і вимуєх релапаротомій ("по показанням", "по вимоєу") внаслідок розвиваючихся ускладнень в забрюшинному просторі, зоні піджелудочної залози і органах брюшної порожнини.

Резекцію піджелудочної залози при панкреонекрозі виконували по строгим показанням. В разі повного (на всю товщину органу) некрозу в області хвоста і/або тіла піджелудочної залози. Необхідно ще раз підкреслити, що в умовах етапних програмуєх втручань лише до моменту 3-4 етапної операції стає чітко видно границю демаркації, що дозволяє виконати атипичну резекцію піджелудочної залози в меєх її нежиттєспособності, а в ряді ситуацій і взагалі обмежитися некр- і секвестрэктомією, збережив значительну частину органу.

Абдомінізацію піджелудочної залози, по нашому мненню, виконувати необхідно, так як цей етап операції направлено на декомпресію парапанкреатическої клітки, адекватну евакуацію панкреатогенного і/або інфіцированого високотоксичного випота. Некрэктомію (видалення некротизованих тканин в меєх кровоснабжуєх зон, зв'язаних з паренхімою органу) або секвестрэктомію (видалення вільно лежачих некротических тканин в меєх поєхих



Рис. 1. Перший етап некрэктомії кінцевим зажимом.

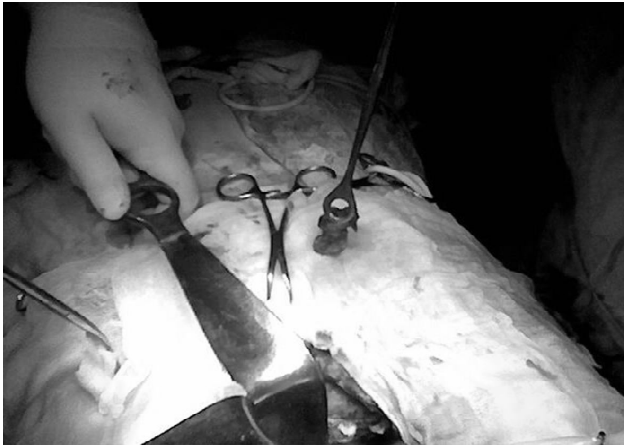


Рис. 2. Удаленный секвестр ткани ПЖ.

тканей) выполняли путем осторожной и дозированной тракции окончатим мягким зажимом, с целью избежать развития аррозивных кровотечений из артерий и вен мезентериального бассейна, что сопряжено с большой кровопотерей и высокой летальностью. С этой целью использовали вакуум-аспиратор. Наиболее частой причиной аррозивных кровотечений явился некроз и/или травма селезеночных артерии и вены, верхнебрыжеечной вены в месте ее слияния с селезеночной, коротких вен желудка, сосудов брыжейки поперечно-ободочной кишки. Кровотечение из магистральных сосудов останавливали лигированием сосуда с прошиванием синтетической нитью. Диффузную кровоточивость тканей в инфильтрированных и некротических зонах целесообразно устранять путем тугий марлевой тампонады. Некр- и секвестрэктомий выполняли в программируемом режиме под интубационным или внутривенным наркозом через каждые 48-72 часа. Продолжительность интервала между санационными вмешательствами и их кратность определяли активностью гнойно-воспалительного процесса в очаге деструкции и динамическими изменениями тяжести состояния больного.

Дренирование выполняли по общепринятым методикам обеспечивающим условия адекватного дренирования всех пораженных отделов забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от распространенности гнойно-некротического процесса. Летальность в этой группе больных составила 12,5 %.

Список литературы

1. Кондратенко П. Г. Острый панкреатит / Кондратенко П. Г., Васильев А. А., Конькова М. В. - Донецьк, 2008. - С. 352.
2. Оптимизация лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара / Я.С. Березницкий, Р.В. Дудка, И.Л. Верхолаз [и др.] // Медицинские перспективы. - 2012. - Т. XVII, № 1, Ч. 1. - С. 58-60.
3. Русин В. І. Клінічний перебіг панкреатогеного інфільтрату залежно від по-

- ширення процесу по підшлунковій залозі / В.І. Русин, С.С. Філіп // Галицький лікарський вісник. - 2012. - Т. 19, № 3, Ч. 2. - С. 106-108.
4. Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О. Сипливиий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко [та ін.] // Український журнал хірургії. - 2011. - № 2 (11). - С. 89-93.
5. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту: метод.

рекомендації; під ред. П. Д. Фомина, Я. С. Березницького. - К., 2012. - 80 с.

6. A prospective study of the Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis (BISAP) score in acute pancreatitis: An Indian perspective / D. Senapati, P. K. Debata, S. S. Jenasamant [et al.] // Pancreatology. - 2014. - Vol. 14. - P. 335-339.
7. Beger H. G. Diseases of the Pancreas. Current Surgical Therapie / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008. - 905 s.



Рис. 3. Дренирование сальниковой сумки.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Методы малоинвазивных хирургических вмешательств имеют несомненные преимущества в тех случаях, когда формируются ограниченные жидкостные образования в различные сроки после лапаротомных операций, особенно после неоднократных санационных вмешательств. В то же время считаем необходимым предостеречь от преувеличения значимости чрезкожных дренирующих вмешательств в качестве основного метода лечения тех форм инфицированного панкреонекроза, когда имеется длительная и обширная секвестрация. В подобных ситуациях для достижения лечебного эффекта следует склоняться в пользу лапаротомного вмешательства.

2. Представленные тактические подходы в хирургическом лечении больных ОДП, включая традиционные лапаротомные вмешательства, эндоскопические и чрезкожные технологии, должны применяться по строго дифференцированным показаниям.

Совершенствование традиционных методов хирургических (лапаротомных) операций, широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий показало, что они не являются конкурирующими, так как подчинены единой цели - обеспечению адекватных условий для устранения некротического и/или гнойного очага и должны быть использованы в их рациональном сочетании в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Запороженко Б.С., Бородаєв І.Є., Качанов В.М., Муравьев П.Т., Шарапов І.В., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.

ДЕЯКІ ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проаналізовано результат лікування 156 хворих з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП). У 76 (48,7 %) хворих був діагностований стерильний панкреонекроз, ускладнений розвитком ферментативного перитоніту, що стало показанням до лапароскопічної санації (ЛС) і дренивання черевної порожнини. Найважливішим етапом оперативних втручань, які виконуються в ранні терміни захворювання у хворих із стерильним ГДП, було усунення патології жовчних шляхів. Летальність склала 3,9 %. У 80 (51,3 %) хворих було виконано "відкрите" лапаротомне втручання з приводу інфікованого ГДП. Після виконання лапаротомії основна увага була приділена оцінці поширеності та характеру ураження підшлункової залози, заочеревинної клітковини, органів черевної порожнини. Летальність у цій групі хворих склала 12,5 %.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, стерильний, інфікований панкреонекроз.

Zaporozhchenko B.S., Borodaev I.E., Kachanov V.N., Muraviov P.T., Sharapov I.V., Shevchenko V.G., Bondarets D.A.

A CERTAIN TECHNICAL APPROACHES TO THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE SEVERE PANCREATITIS

Summary. Results of treatment of 156 patients with acute destructive pancreatitis (ADP). In 76 (48,7 %) patients were diagnosed with a sterile pancreonecrosis complicated by the development of enzymatic peritonitis, which was an indication for laparoscopic rehabilitation (LR) and drainage of abdominal cavity. The most important stage of surgical interventions performed in the early stages of the disease in patients with sterile EIR, was the elimination of the pathology of the biliary tract. The mortality rate was 3,9 %. In 80 (51,3 %) patients was performed "open" surgery for laparotomy infected ADP. After laparotomy we focused on assessment of the prevalence and nature of lesions of the pancreas, retroperitoneal fat, abdominal organs. Mortality in this group was 12,5 %.

Key words: acute destructive pancreatitis, sterile, infected pancreatic necrosis.

Рецензент - д.мед.н., доц. Дехтярь А.Л.

Статья поступила в редакцию 06.11.2015р.

Запороженко Борис Сергеевич - д.мед.н., проф. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Бородаєв Игорь Евгеньевич - к.мед.н., доц. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 798-80-68, +38 048 734-27-64; xir31@mail.ru

Качанов Валерий Николаевич - к.мед.н., ассист. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Муравьев Петр Тадеушевич - к.мед.н., доц. кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 734-27-64; gemostatik@mail.ru

Шарапов Игорь Владимирович - к.мед.н., ассистент кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 734-27-64; surgery@icn.od.ua

Шевченко Валерия Геннадьевна - к.мед.н., ассистент кафедры хирургии №2 с курсом детской хирургии Одесского национального медицинского университета; +38 048 734-27-64; cujo1@mail.ru

Бондарец Дмитрий Андреевич - врач хирург Одесский областной медицинский центр; Bondarecdima@gmail.com
