

В. В. Бойко, В. Н. Лыхман,
Е. В. Меркулова,
Е. В. Ханько, И. И. Арсений

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

© Коллектив авторов

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ «ОТКРЫТОЙ» И «ЗАКРЫТОЙ» ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. В статье рассмотрен опыт лечения 142 пациентов с деструктивным панкреатитом, которые оперированы «закрытым» и «открытым» методом. Показано, что миниинвазивная «закрытая» методика более эффективна, часто может выступать как самостоятельный метод оперативного лечения, редко требует перехода к «открытым» методикам, в последствии требует меньше повторных оперативных вмешательств, сопровождается меньшей летальностью, чем изначально «открытый» подход.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, релапаротомия, миниинвазивные методы лечения.

Введение

Деструктивный панкреатит (ДП) — наиболее тяжелая патология органов брюшной полости, причем сохраняется устойчивая тенденция к росту заболеваемости его осложненными формами. Течение болезни осложняется инфицированием очагов некроза ткани железы и парапанкреатической клетчатки. Данное осложнение обеспечивает высокую летальность — от 15 до 85 % от общего числа больных этой формой панкреатита [1, 3, 5].

Установлено, что основной причиной смерти больных ДП являются синдром полиорганной недостаточности (СПОН) и панкреатогенный сепсис, развитие и тяжесть которых напрямую зависят от степени выраженности эндотоксикоза. Основными источниками эндотоксикоза при ДП — это очаг воспаления и деструкции поджелудочной железы и прилегающей клетчатки, брюшина, вовлеченная в воспалительный процесс, а также содержимое кишечника при развитии пареза кишечника [4, 6].

При этом, несмотря на использование современных методов лечения, включая адекватное хирургическое вмешательство, не удаётся, во всех случаях, предотвратить прогрессирование заболевания и развитие новых осложнений. Не менее чем у 10–40 % оперированных больных это заставляет прибегать к повторным хирургическим вмешательствам [4, 5].

Выполнение повторных хирургических вмешательств предполагает выбор одного из двухтактических режимов повторных вмешательств.

Первый режим подразумевает программируемые ревизии и санации всех зон некротической деструкции и инфицирования в различных отделах забрюшинного пространства («по программе»), проводимые в соответствии с интраоперационными находками и тяжестью состояния больного в разном объеме и временном интервале.

Второй вариант — экстренные повторные вмешательства («по требованию») вследствие имеющихся и/или развившихся осложнений (продолжающаяся секвестрация, неадекватное дренирование, кровотечение и т.д.) в забрюшинном пространстве и брюшной полости [6, 7].

Цель работы

Оптимизация методов лечения пациентов с деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы исследований

В исследовании были проанализированы ретроспективные результаты лечения 142 больных с ДП, которые подвергались оперативному лечению в клинике ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМНУ» за период 2010–2016 г.

Все больные были распределены по полу и возрасту. Мужчин — 98 человек (69 %), женщин — 44 (31 %). Возраст всех пациентов варьирует в диапазоне 24–71 лет, средний возраст составил (52±4,3) лет.

Диагноз ДП устанавливали на основании анамнеза заболевания, жалоб больного, данных физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований, оперативного вмешательства (лапароскопия/лапаротомия). Во всех случаях была гистологическая верификация диагноза.

Алгоритм комплексного инструментального обследования включал последовательное выполнение рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости, гастроуденоскопию, лапароскопию, а также пункционно-аспирационную биопсию ПЖ под контролем УЗИ или КТ (по показаниям).

Лечение проводили согласно стандартам оказания медицинской помощи больным с деструктивным панкреатитом. В асептическую фазу ДП лечение включало антисекреторную терапию (октреатид, сандостатин), профилак-



тику нагноения (антибактериальную терапию цефалоспоридами III–IV поколения в сочетании с препаратами метронидазола или карбапенемами), инфузионную дезинтоксикационную терапию и энтеральную нутритивную поддержку (с постановкой эндоскопически установленного питательного зонда в тонкую кишку, дистальнее связки Трейца), стимуляция кишечника для предотвращения транслокации кишечной флоры в зону деструкции поджелудочной железы. Так же проводилась терапия по поводу коморбидных заболеваний.

При хирургическом лечении придерживались малоинвазивной тактики, особенно у пациентов с асептическим течением заболевания, при этом выполняли лапароскопическую санацию и дренирование жидкостных скоплений под УЗ-контролем. Причем дренажи устанавливались на малый срок (в среднем до 5 дней), чтобы предотвращать инфицирование через дренажную систему.

При развитии гнойной фазы течения процесса и при четко сформированном жидкостном скоплении хирургическая часть лечения начиналась с «закрытого» метода — дренирования отграниченных жидкостных скоплений под УЗ- или рентгенологическим контролем.

Больным в тяжелом состоянии лечение проводилось в условиях ПИТ, где осуществлялась интенсивная терапия с целенаправленным антибактериальным воздействием. В течение 10–14 дней осуществлялся динамический ультразвуковой и рентгенологический контроль за состоянием полостей деструкции, при необходимости проводилась коррекция дренирования с заменой на дренажи большего диаметра. При неэффективности «закрытого» метода лечения или при его нецелесообразности, выполнялся «полузакрытый» или «открытый» способы лечения.

Показаниями для этого перехода были:

- крупные секвестры поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки размером более 4 – см (подтвержденные УЗИ, КТ);
- обширность поражения (парапанкреатическая клетчатка, двустороннее поражение параколической клетчатки, парааортальные и паракавальные затеки вплоть до малого таза);
- нарастание признаков эндогенной интоксикации (гипертермия, лейкоцитоз, прокальцитониновый тест, гиперлактатемия, азотемия);
- острые аррозивные, не поддающиеся консервативному гемостазу кровотечения;
- разгерметизация гнойных очагов с развитием распространенного перитонита, перфорация желудка и тонкого кишечника.

«Полузакрытый» метод включал верхнесрединную лапаротомию, санацию сальниковой сумки, поперечное сквозное дренирование парапанкреатического пространства, причем дренаж слева или справа выводился внебрюшинно на поясницу. Санация с некрсеквестрэктомией забрюшинных клетчаточных пространств осуществлялась через одно- или двустороннюю люмботомию с оставлением сквозных проточных дренажей.

Невозможность одномоментной санации (из-за «фиксированных» секвестров) требовала «открытого» метода лечения с формированием широкой оментобурсопанкреатостомы.

Результаты исследований и их обсуждение

В 104 случаях (73 % всех больных) хирургическое лечение начинали по «закрытому» методу. В 68 случаях (65 %) такое лечение было успешным и достаточным. Однако в остальных 36 случаях (35 %) данный метод оказался неэффективным и в 14 случаях (13,5 %) потребовалось повторное проведение пункционного дренирования под УЗ контролем в следствии с наличием вновь возникших жидкостных скоплений. В 22 (21 %) случаях потребовался переход на «полуоткрытый» и «открытый» методы, в следствии продолжавшегося распространения деструктивного процесса в поджелудочной железе и перепанкреатической зоне — 16 случаев, возникновение внутрибрюшных абсцессов 5 случаев, наличие крупных секвестров, удалить которые миниинвазивным способом не представлялось возможным, в 8 случаях. Конверсия в «полузакрытый» или «открытый» методы лечения проводилась на $(15 \pm 2,3)$ сутки. При этом выполнялись: люмботомия с дренированием жидкостных скоплений, абдоминализация поджелудочной железы с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки, панкреато оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости, некрсеквестрэктомия. При необходимости выполняли комбинацию данных вмешательств. В некоторых случаях выполнить конверсию не представлялось возможным из-за тяжести состояния больного.

В 14 случаях (13,5 % от всех больных, для которых изначально был выбран «закрытый» миниинвазивный подход с последующим переходом на лапаротомию), потребовалось проведение релапаротомии. В девяти (8,7 %) случаях — однократная, в четырех (3,8 %) случаях — двукратная, в одном случае (0,9 %) — трёхкратная релапаротомия. Вследствие возникновения разлитого перитонита — 3, развитие спаячной болезни с кишечной непроходимостью — 3, повторные некрсеквестрэктомии — 6, развитие эрозивного кровотечения — 2. Для раз-

Таблиця 1

Летальність при изначально «закрытой» тактике лечения

	Общее количество	Смертность	
		абс.	%
Все больные	104	26	25
Пациенты ограничившиеся «закрытым» методом.	68	12	11,5
Пациенты переведённый на «полуоткрытый» и «открытый» метод	22	6	5,9
Однократная релапаротомия	9	5	4,7
Двукратная релапаротомия	4	2	1,9
Трёхкратная релапаротомия	1	1	1

Таблиця 2

Летальность при изначально «открытой» тактике лечения

	Общее количество	Смертность	
		абс.	%
Все больные	38	16	42,1
Однократная лапаротомия	12	4	10,5
Однократная релапаротомия	14	5	13,2
Двукратная релапаротомия	7	5	13,2
Трёхкратная релапаротомия	3	1	2,6
Четырёхкратная релапаротомия	2	1	2,6

решения разлитого перитонита проводилась санация и дренирование брюшной полости. При спаечной болезни и кишечной непроходимости прибегали к висцеролизу с трансанальной и трансректальной интубацией кишечника. В обоих случаях локализация источника эрозивного кровотечения - постнекротическая полость поджелудочной железы, гемостаза удавалось достичь только путём тампонирувания.

Только при повторных некрсеквестректомиях характер релапаротомии был «программный», в остальных случаях релапаротомии проводились «по требованию».

Из данных 104 больных (73 % от всех) — смертность составила 26 (25 %) человек (табл. 1).

У 38 больных (27 % всех больных) был применен сразу «полузакрытый» или «открытый» метод хирургического лечения. В этих случаях средний срок выполнения оментобурсопанкреатостомии составил (21,1±2,9) суток. При этом у 26 пациентов (68 %) пришлось прибегнуть к релапаротомии.

В четырнадцати (36,8 %) случаях — однократная, в семи (18,4 %) случаях - двукратная, в трёх (7,9 %) случаях — трёхкратная, в двух (5,3 %) случаях - к четырёхкратной релапаротомии. Вследствие возникновения разлитого перитонита — 6, развития спаечной болезни

с кишечной непроходимостью — 4, повторные некрсеквестректомии — 8, развитие эрозивного кровотечения — 5, перфорация острой гастродуоденальной язвы — 3. Только 7 некрсеквестректомий были «программными», все остальные релапаротомии проведены «по требованию».

Летальность в этой группе составила 42,1 % — 16 пациентов (табл. 2).

Общее количество умерших больных составило 42 (летальность — 29,6 %). Основной причиной смерти явились сепсис и полиорганная дисфункция, обусловленные обширностью поражения и развитием гнилостных флегмон.

Выводы

Миниинвазивный «закрытый» метод лечения, при использовании его с целью удаления жидкой части экссудата, снижения интоксикации, позволяет выиграть время для точной диагностики распространенности процесса. В 68 (65 %) случаях оказался эффективным для полного излечения больных, и только в 21 % случаев потребовал конверсии, сопровождается меньшим количеством последующих релапаротомий, 13,5 % по сравнению с 68 %, и меньшей летальностью, 25 % по сравнению с 42,1 % при изначально открытых операциях.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Особенности хирургической тактики у больных инфицированным панкреонекрозом / В. В. Бойко, А. М. Тищенко // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – №4. – С. 55
2. Гусак И. В. Лечение деструктивного панкреатита / И. В. Гусак, Р. М. Смачило // *Харківська хірургічна школа*. – 2009. – №3 (1). – С. 33–35
3. Костюченко К. В. Принципы определения хирургической тактики лечения распространённого перитонита / К. В. Костюченко, В. В. Рыбачков // *Хирургия*. – 2005. – №4. – С. 9–13.
4. Лобанов С. А. Современные подходы к лечению острого панкреатита / С. А. Лобанов, А. В. Степанов, А. С. Лобанов. – Чита, 2008. – 406 с.
5. Овсяник Д. М. Аспекты патоморфогенеза и диагностики инфицированного панкреонекроза (обзор литературы) / Д. М. Овсяник, А. В. Фомин // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 92–102.
6. Тищенко А. М. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем у больных с гнойными осложнениями панкреонекроза / А. М. Тищенко, Р. М. Смачило // *Харківська хірургічна школа*. – 2010. – №3(41). – С. 41–43
7. Planned relaparotomy or re-laparotomy on demand for secondary peritonitis / M. A. Voormeester, E. Belt, M. J. Lubbers [et al.] // *Br. J. Surg.* – 2001. – Vol. 88, Suppl.1. – P. 27.

ПОВТОРНІ ОПЕРАТИВНІ
ВТРУЧАННЯ ПРИ
«ВІДКРИТОЇ» І «ЗАКРИТОЇ»
ТАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ
ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТУ

*В. В. Бойко, В. Н. Лихман,
К. В. Меркулова, Є. В. Ханько,
І. І. Арсеній*

Резюме. У статті розглянуто досвід лікування 142 пацієнтів з деструктивним панкреатитом, які оперовані «закритим» та «відкритим» методом. Показано, що мініінвазивна «закрита» методика ефективніша, часто може виступати як самостійний метод оперативного лікування, рідко вимагає переходу до «відкритих» методик, надалі вимагає меншої кількості повторних оперативних втручань, супроводжується меншою летальністю, ніж спочатку «відкритий» підхід.

Ключові слова: *деструктивний панкреатит, релапаротомія, мініінвазивні методи лікування.*

REPEATED SURGERIES AT
AN «OPEN» AND «CLOSED»
TACTICS OF TREATMENT
OF DESTRUCTIVE
PANCREATITIS

*V. V. Boyko, V. N. Lyhman,
E. V. Merkulova, E. V. Hanko,
I. I. Arseny*

Summary. This article shows experience of treatment of 142 patients with acute pancreatitis, who were operated using “closed” and “open” methods. Minimally invasive «closed» technique is more effective, can often act as an independent method of surgical treatment rarely required the transition to an «open» procedures, in consequence requires less repeated surgical interventions, accompanied by lower mortality rate than initially «open» approach.

Key words: *destructive pancreatitis, relaparotomy, minimally invasive therapies.*