

# МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Кондратенко П. Г., Конькова М. В., Джансыз И. Н.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Целью данной работы явилось обоснование показаний и сроков выполнения миниинвазивных вмешательств в хирургии острого небилиарного асептического некротического панкреатита.

Проанализированы результаты хирургического лечения 162 пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом. Возраст пациентов колебался от 23 до 80 лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что эффективность миниинвазивных вмешательств составила 92%. Послеоперационная летальность – 4,3%. Из 101 пациента с жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке применение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука позволило у 88,1% – избежать развития инфицированного некротического панкреатита. Причем при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке их эффективность составила 95%, в забрюшинной клетчатке – 57,9%. Вместе с тем у 8,9% больных помимо пункционно-дренирующие хирургических вмешательств под контролем ультразвука выполнена лапаротомия или люмботомия. Лапаротомия, оментобурсостомия применялась с целью удаления секвестров больших размеров, расположенных преимущественно в области головки поджелудочной железы, а люмботомия из мини доступа (внебрюшинный доступ) и дренирование забрюшинной клетчатки – как с целью удаления секвестров больших размеров, но расположенных преимущественно в области тела и хвоста поджелудочной железы, так и для хирургического лечения флегмоны забрюшинной клетчатки.

**Ключевые слова:** острый небилиарный асептический некротический панкреатит, миниинвазивные хирургические вмешательства.

Острый панкреатит, по-прежнему, остается актуальной, трудной и весьма далекой от своего окончательного разрешения проблемой экстренной хирургии органов брюшной полости [1, 7]. Об этом свидетельствуют не только увеличение общего числа больных, но также тяжелых форм и осложнений болезни, показатели летальности, которые, несмотря на активные научные изыскания, и до настоящего времени остаются достаточно высокими [2, 9]. Высока и социальная значимость проблемы, обусловленная тем, что примерно 70% – это пациенты трудоспособного возраста, как правило, до 50 лет [4].

По данным многочисленных исследований примерно у 80–85% пациентов наблюдается так называемый нетяжелый острый панкреатит, представленный преимущественно его отечной формой, который не нуждается в проведении как интенсивной терапии, так и хирургических вмешательств. В большинстве случаев длительность его лечения не превышает 3–7 дней. Однако у 15–20% пациентов развивается некротический панкреатит, который требует не только дорогостоящего и длительного лечения, но и обуславливает высокую как общую, так и послеопераци-

онную летальность [5].

В последнее десятилетие существенных изменений претерпели взгляды на тактику хирургического лечения острого некротического панкреатита. Прежде всего, это касается показаний и сроков выполнения операции, а также выбора способа и объема хирургического вмешательства. Учитывая большое количество неблагоприятных исходов лечения, в настоящее время большинство хирургов более сдержанно относятся к применению полостных хирургических вмешательств, особенно ранних, т. е. в фазу асептического воспаления, как поджелудочной железы, так и забрюшинной клетчатки [3, 8].

Значительно чаще стали применяться различные миниинвазивные операции (лапароскопические, под контролем ультразвука), а также непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини доступов (внебрюшинный доступ). Вместе с тем все большее число исследователей считают, что для лечения острого панкреатита должны применяться самые разные оперативные вмешательства: полостные (лапаротомные), внебрюшинные из мини доступов (люмботомия),

лапароскопические, эндоскопические, миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвука. Причем они не должны быть конкурирующими, для каждого вмешательства должны быть разработаны свои, строго определенные показания и сроки их выполнения [6].

**Цели и задачи исследования** – обоснование показаний и сроков выполнения миниинвазивных вмешательств в хирургии острого небилиарного асептического некротического панкреатита.

### Материалы и методы исследования

С 2000 по 2010 годы в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе центральной городской клинической больницы № 16 г. Донецка 162 пациентам выполнены различные миниинвазивные хирургические вмешательства по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита и его осложнений. Возраст пациентов колебался от 23 до 80 лет, в т. ч. пациенты в возрасте до 50 лет оставили 76%. Мужчин было 95(58,6%), женщин – 67(41,4%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 87(53,7%) больных, от 25 до 72 ч – у 43(26,5%), более 72 ч – у 32(19,8%).

Причинами острого некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 83(51,2%) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 79(48,8%).

По данным сонографии менее 30% некроза паренхимы поджелудочной железы (мелкоочаговый некротический панкреатит или ограниченный панкреонекроз) выявлено у 27(16,7%) больных, от 30 до 50% некроза паренхимы поджелудочной железы (крупноочаговый или распространенный панкреонекроз) – у 123(75,9%), более 50% некроза паренхимы поджелудочной железы (субтотально-тотальный панкреонекроз) – у 12 (7,4%).

### Результаты исследования и их обсуждение

По поводу ферментативного перитонита 69(42,6%) пациентам выполнены лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости. В ближайшие 2–3 суток после операции умерли 3(4,3%) пациента, причиной смерти явился эндотоксиновый шок и полиорганная недостаточность в связи с распространенным некрозом поджелудочной железы. У 14(20,3%) пациентов в дальнейшем развились другие осложнения острого небилиарного асептического некротического панкреатита, что потребовало выполнения тех или иных оперативных вмешательств. У остальных 52(75,4%) пациентов комплексная консервативная терапия позволила добиться регресса воспалительных изменений в

поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке и они были выписаны из клиники с выздоровлением.

Мы являемся сторонниками удаления воспалительной жидкости из брюшной полости при остром асептическом некротическом панкреатите, содержащей высокую концентрацию активных ферментов поджелудочной железы, нередко, превышающую их содержание в сыворотке крови. С одной стороны это смягчает проявления синдрома эндогенной интоксикации, а с другой – является способом профилактики развития гнойного перитонита и абсцессов брюшной полости при присоединении инфекции.

Однако опыт дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните свидетельствует о том, что дренаж должен находиться в брюшной полости до тех пор, пока имеется отделяемое. После прекращения отделяемого дренаж необходимо удалить, поскольку длительное его нахождение в брюшной полости может увеличить вероятность инфицирования брюшной полости с последующим развитием уже гнойного перитонита или образования межпечельных абсцессов.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке пункционно-дренирующие операции под ультразвуковым контролем выполнены 80(49,4%) пациентам: по поводу оментобурсита – 58, острой панкреатической псевдокисты – 22. У 11(13,8%) пациентов при поступлении выявлен ферментативный перитонит, по поводу которого им выполнена лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости. В дальнейшем 1(1,3%) пациенту выполнена лапаротомия, оментобурсостомия для удаления секвестров достаточно больших размеров.

Применение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке имеет некоторые особенности. По нашему мнению при оментобурсите целесообразно пунктировать и дренировать сальниковую сумку, а при острой панкреатической псевдокисте предпочтение следует отдавать пункции и аспирации содержимого псевдокисты с последующим сонографическим мониторингом. Так у 6 пациентов при последующем сонографическом мониторинге в полости кисты снова выявлено накопление жидкости, что явилось показанием к выполнению повторных пункций и аспираций содержимого кисты под контролем ультразвука.

У 4(5%) пациентов применение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука не позволило избежать гнойных осложнений – им дополнительно выполнена пункция и дренирование абсцесса сальниковой сумки под контролем ультразвука. Умер 1(1,3%) пациент, причиной смерти были сепсис и полиорганная

недостаточность, явившиеся следствием абсцесса сальниковой сумки.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке пункционно-дренирующие операции под ультразвуковым контролем выполнены 19(11,7%) пациентам. У 3 из них на предыдущем этапе лечения был выполнен лапароцентез/лапароскопия и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. У 8 пациентов пункция и дренирование забрюшинной клетчатки явилось окончательным этапом хирургического лечения, у 3 – потребовалось выполнение люмботомии с целью удаления секвестров достаточно больших размеров, которые не удалось «размыть» и удалить через дренаж, установленных под контролем ультразвука. В целом у 11(61,1%) пациентов лечение острого некротического панкреатита завершилось на стадии асептического воспаления.

Не удалось избежать гнойных осложнений у 8(39,9%) пациентов – у них развилась флегмона забрюшинной клетчатки. У 6 из них вторым этапом выполнена пункция и дренирование флегмоны забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука. В дальнейшем 5 пациентам выполнена люмботомия и дренирование брюшной полости, а 1 – лапаротомия и оментобурсостомия с целью удаления достаточно больших отграниченных участков некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестров). У 1 пациента на втором этапе лечения была предпринята люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки и у 1 – оказалось достаточно первичного дренирования забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука. Умерли 2 пациента, летальность составила 10,5%. Причиной смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке оперировано 2(1,2%) пациента. Одному из них выполнена пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем ультразвука по поводу оментобурсита и в дальнейшем люмботомия, некрсеквестрэктомия, а второму – пункция и дренирование сальниковой сумки под контролем ультразвука по поводу оментобурсита и в дальнейшем пункция и дренирование забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука по поводу острого асептического парапанкреатического жидкостного скопления в забрюшинной клетчатке. В обоих наблюдениях удалось избежать гнойных осложнений и лечение острого некротического панкреатита завершилось на стадии асептического воспаления.

По поводу билиарного блока, обусловленного сдавлением интрапанкреатической части общего желчного протока увеличенной в размерах

головкой поджелудочной железы, оперировано 6(3,7%) пациентов. Всем им выполнена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвука. Комплексная консервативная терапия в сочетании с билиарной декомпрессией способствовали купированию воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке. Пациенты выписаны из клиники с выздоровлением.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности различных миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом. В целом они оказались эффективны у 92% (149) пациентов. Послеоперационная летальность при применении миниинвазивных вмешательств составила 4,3%, умерли 7 пациентов.

Из 101 пациента с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке применение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука позволило у 89(88,1%) – избежать развития инфицированного некротического панкреатита. Причем при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке их эффективность составила 95% (у 76 из 80 пациентов), а при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке – 57,9% (у 11 из 19 пациентов).

Вместе с тем у 9(8,9%) больных имелась необходимость дополнить пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнением лапаротомии или люмботомии. Лапаротомия, оментобурсостомия (2 пациента или 2%) применялась с целью удаления секвестров больших размеров, расположенных преимущественно в области головки поджелудочной железы, а люмботомия из мини доступа (внебрюшинный доступ) и дренирование забрюшинной клетчатки (7 пациентов или 6,9%) – как с целью удаления секвестров больших размеров, но расположенных преимущественно в области тела и хвоста поджелудочной железы, так и для хирургического лечения флегмоны забрюшинной клетчатки.

## Выводы

1. При ферментативном перитоните, обусловленном острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, операцией выбора является лапароскопия или лапароцентез, аспирация содержимого и дренирование брюшной полости. При этом длительность стояния дренажей в брюшной полости определяется наличием отделяемого. При его отсутствии дренажи должны быть извлечены из брюшной полости, поскольку

их более длительное стояние увеличивает вероятность инфицирования брюшной полости с последующим развитием уже гнойного перитонита или образования межпечельных абсцессов.

2. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке и неэффективности комплексной консервативной терапии (включая антибиотики широкого спектра действия) в течение 3–4 суток предпочтение следует отдавать пункционно-дренирующим операциям под контролем ультразвука.

3. При необходимости удаления секвестров

больших размеров, расположенных в области головки поджелудочной железы целесообразно использовать лапаротомию, оментобурсостомию, а при их локализации в области тела и хвоста поджелудочной железы – люмботомию из мини доступа (внебрюшинный доступ).

4. При билиарном блоке, обусловленном сдавлением интрапанкреатической части общего желчного протока увеличенной в размерах головкой поджелудочной железы, достаточно эффективным является применение чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под контролем ультразвука.

### Литература

1. Дронов О. І. Особливості застосування динамічної лапароскопії та етапної некректомії заочеревинного простору у хворих, оперованих з приводу гострого некротичного панкреатиту // Клінічна хірургія. – Київ, 2009. – N 7/8. – С. 21–22.
2. Криворучко И. А., Тищенко А. М., Смачило Р. М., Малоштан А. В. Современные методы диагностики и лечения острого панкреатита // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 87–91.
3. Кондратенко П. Г. Острый панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, М. В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
4. Кондратенко П. Г. Острый панкреатит: концептуальные проблемы диагностики и тактики лечения / П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 68–76.
5. Павловский М. П., Чуклин С. Н. Выбор тактики хирургического лечения больных острым некротическим панкреатитом // Одесский медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 13–16.
6. Ничитайло М. Ю. Ефективність профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих на асептичний панкреонекроз // Клінічна хірургія: Наук.-практ. журн. – Київ, 2008. – N 11/12. – С. 59–60.
7. Beger H. G. Antibiotic Prophylaxis in Severe Acute Pancreatitis May Not Improve Outcomes // Gastroenterology. – 2007. – Vol.127. – P. 997–1004, 1195–1198.
8. Franco Fortunato, Heinrich B rgers, Frank Bergmann, Peter Rieger, Markus W. B chler, Guido Kroemer, Jens Werner. Impaired Autolysosome Formation Correlates With Lamp-2 Depletion: Role of Apoptosis, Autophagy, and Necrosis in Pancreatitis. // Gastroenterology July 2009 (Vol. 137, Issue 1, Pages 350–360.
9. Nieuwenhuijs VB, Besselink MG, van Minnen LP, Gooszen HG. Surgical management of acute necrotizing pancreatitis: a 13-year experience and a systematic review // Gastroenterol Suppl. 2008; (239): 111–6.

## MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE ASEPTIC NONBILIARY NECROTIZING PANCREATITIS

*Kondratenko P. G., Kon'kova M. V., Dzhansyz I. N.*

*SI «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»*

To study indications and timing of interventions in surgery miniinvasive acute necrotizing pancreatitis nonbiliary aseptically.

Analyzed the results of surgical treatment of 162 patients with acute necrotizing pancreatitis nonbiliary aseptically. The patients' ages ranged from 23 to 80 years.

The findings suggest that the effectiveness of interventions miniinvasive was 92%. Postoperative mortality was 4,3%. Of the 101 patients with acute aseptic parapaneatic liquid clusters in packing a bag and/or retroperitoneal fat use puncture-drainage operations of ultrasound has allowed in 88,1% – avoid getting infected necrotizing pancreatitis. Moreover, acute aseptic parapaneatic liquid clusters in the omental pouch of their effectiveness was 95%, acute aseptic parapaneatic liquid clusters in the retroperitoneal fat – 57,9%. However, in 8,9% patients in addition to puncture-draining surgery performed under ultrasound or laparoscopy lumbotomy. Laparotomy, omentobursostomy was used to remove large seizures, mostly in the pancreatic head, and the mini lumbotomy access (extraperitoneal access) and drainage of retroperitoneal fat – as to remove large seizures, but mostly in areas of the body and tail of the pancreas, and for the surgical treatment of cellulitis retroperitoneal fat.

**Keywords:** nonbiliary aseptic acute necrotizing pancreatitis, minimally invasive surgery.