



Э.Э. Аблаев, О.А. Бугаенко

ГУ «Крымский государственный
медицинский университет
имени С.И. Георгиевского»,
кафедра хирургии № 2

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 121 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Произведено сравнение клинической эффективности применения малоинвазивных и традиционных методов в лечении острого деструктивного панкреатита. Изучены послеоперационные хирургические осложнения, их характер и частота встречаемости.

Ключевые слова: острый панкреатит, лапароскопия, хирургическое лечение.

Введение

Острый панкреатит как проблема хирургии органов брюшной полости остается актуальной на протяжении нескольких десятилетий, несмотря на активное развитие панкреатологии, появление современных методов исследования поджелудочной железы и новой патогенетически обоснованной медикаментозной терапии [1, 5–7]. Частота этой патологии неуклонно растет во всем мире, затраты на адекватную терапию представляют собой серьезную экономическую проблему, а летальность даже в специализированных стационарах достигает 11–25 % при стерильном и 60–80 % при инфицированном некрозе [2–4, 7–15].

Среди этих и других недостаточно разработанных вопросов данной проблемы, особое внимание в настоящее время уделяется дальнейшему усовершенствованию хирургической тактики и хирургических технологий лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений.

Материалы и методы исследований

Нами проанализированы особенности и результаты хирургического лечения 121 пациента с острым деструктивным панкреатитом за период с 2006 по 2010 годы, которые находились на лечении в клинике. Для изучения возможностей малоинвазивных методов при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита были выбраны две группы хирургических больных в зависимости от метода оперативного лечения: основная и контрольная.

Основную группу составили 80 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, в хирургическом лечении которых, приоритетным были малоинвазивные пункционно-дренирующие и эндовидеохирургические вмешательства.

В состав контрольной группы вошли 41 пациент с острым деструктивным панкреатитом. При хирургическом лечении больных этой

группы выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств.

Для сравнения клинической эффективности применения малоинвазивных и традиционных методов в лечении острого деструктивного панкреатита в основной и контрольной группах регистрировали исход заболевания, длительность лечения, длительность пребывания в реанимационном отделении после операции, наличие и характер послеоперационных осложнений.

Для объективизации оценки тяжести состояния больных при выборе способа операции нами была использована одна из клинко-лабораторных шкал интегральной оценки параметров физиологического состояния больных — система SAPS (Simplified Acute Physiology Score), предложенная в 1984 году J.L. Le Gall и соавторами [2, 7, 8].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием традиционных критериев достоверности (критерию Стьюдента, коэффициенту и критерию достоверности корреляции).

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение больных по тяжести состояния и характеру патологического процесса в поджелудочной железе в обеих группах произведено согласно международной классификации острых панкреатитов, принятой в Атланте в 1992 году приведены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по тяжести состояния и характеру патологического процесса в поджелудочной железе

	Основная группа	Контрольная группа
Вариант течения:		
Тяжелое	80 (100 %)	41 (100 %)
Легкое	–	–
Острые жидкостные образования	29 (36,25 %)	10 (24,39 %)
Острая псевдокиста	17(21,25 %)	6(14,63 %)
Абсцесс поджелудочной железы	5 (6,25 %)	3 (7,32 %)

Показанием к оперативным вмешательствам у больных острым деструктивным панкреатитом в основной и контрольной группах являлось наличие как минимум двух из перечисленных ниже критериев:

1 — нарастание перитонеальной симптоматики;

2 — прогрессирующее увеличение количества жидкости в свободной брюшной полости;

3 — формирование локального очага деструкции в брюшной полости или в забрюшинном пространстве с прогрессированием интоксикационного синдрома, подтверждаемого при оценке по шкале SAPS;

4 — наличие острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза.

В основной группе диагностическую и санационную лапароскопию выполняли под эндотрахеальным наркозом в сроки 3–12 суток после начала заболевания. Лапароцентез производился по классической методике в параумбиликальной области с созданием пневмоперитонеума 10–12 мм рт. ст. Через два пятимиллиметровых троакара справа и слева по среднеключичной линии на 2 см ниже реберной дуги вводились инструменты. Точки введения троакаров варьировали в зависимости от конституции, топографо-анатомических особенностей расположения органов брюшной полости, выраженности спаечного процесса, вариантов распространения экссудата. Использование инструментов, а также изменение наклона операционного стола в различных плоскостях делало доступным для визуального осмотра и санации все отделы брюшной полости и по косвенным признакам позволяло получить представление о поражении забрюшинной клетчатки. При выполнении лапароскопической диагностики фиксировали очаги стеатонекроза, количество и характер выпота в свободной брюшной полости, наличие инфильтрата в забрюшинном пространстве. Даже при минимальном количестве выпота его обязательно эвакуировали для оценки цвета при естественном освещении, микробиологического и биохимического исследований.

Люмбоскопическое дренирование с использованием лапароскопии выполнялось под эндотрахеальным наркозом. Для того чтобы при минимальной травме обеспечить доступ к очагам деструкции в забрюшинном пространстве, их адекватное дренирование и избежать контакта содержимого очага с брюшной полостью, была применена методика, при которой, одновременно использовались две лапароскопические стойки и интраоперационная УЗ-диагностика.

Обе эндовидеохирургические стойки работают параллельно. Одна стойка используется для лапароскопии, что позволяет оценить

состояние органов брюшной полости, а также контролировать целостность париетальной брюшины при манипуляциях в забрюшинном пространстве. Для доступа в забрюшинное пространство выполнялся разрез кожи длиной 2–3 см по l. axillaris posterior ниже XII ребра. После разведения мышц, в клетчатку забрюшинного пространства вводили десяти миллиметровый троакар, создавали ретропневмоперитонеум с давлением 5–6 мм рт. ст., осуществлялась люмбоскопия с использованием второй стойки.

Через тот же разрез или дополнительный рядом, вводился 5-ти миллиметровый троакар для манипуляций в забрюшинном пространстве. Продвижение инструмента, вскрытие очага некроза, удаление секвестров, промывание полости и установка дренажей осуществлялась под лапароскопическим и интраоперационным УЗ-контролем. Сонографическими ориентирами безопасного продвижения инструментов в тканях забрюшинного пространства служат: при дренировании очага слева — левая почка, селезенка и аорта; при дренировании очага справа — правая почка, печень, воротная и нижняя полая вены.

Данная методика позволяла при малой травматичности доступа уменьшить вероятность инфицирования брюшной полости во время вскрытия и санации очага деструкции, обеспечить его адекватное дренирование широкопросветными дренажами. При этом минимально нарушаются естественные биологические барьеры, отграничивающие гнойно-некротический очаг. Применение ультразвукового контроля на завершающем этапе операции после десуфляции позволяло убедиться в правильности постановки дренажей и адекватной санации очага и отсутствии недренированных полостей.

У 34 (82,9 %) пациентов контрольной группы в качестве оперативного доступа использована верхняя срединная лапаротомия; 7 (17,1 %) больным — в качестве самостоятельного доступа для вскрытия очага деструкции использована люмботомия. Выбор объема открытой операции определялся на основании данных о топографо-анатомическом расположении патологического очага, фазы развития заболевания, а также на стремлении достичь адекватной санации и дренирования очага деструкции при минимальной агрессии хирургического доступа. Вопрос о способе дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости решался во время оперативного пособия и зависел от локализации; объема патологического очага; преобладания солидного или жидкостного компонентов в очаге деструкции.

Общая структура послеоперационных осложнений у больных основной и контрольной



групп, потребовавших хирургической коррекции представлена в табл. 2.

Таблица 2

Структура послеоперационных осложнений у обследованных больных основной и контрольной групп

Осложнения	Основная группа (N=80)	Контрольная группа (N=41)
Толстокишечные свищи	7 (8,8 %)	4 (9,8 %)
Тонкокишечные свищи	1 (13 %)	2 (4,9 %)
Панкреатические свищи	2 (2,5 %)	5 (12,2 %)
Аррозивные кровотечения	—	3 (7,3 %)
Спаечная кишечная непроходимость	—	1 (2,4 %)
Нагноение послеоперационных ран	—	7(17,1 %)
Всего больных	80 (100 %)	41 (100 %)

В качестве временных показателей, в той или иной степени отражающих течение заболевания и послеоперационного периода, были рассмотрены длительность нахождения в реанимационном отделении после операции и койко-день (табл. 3).

Таблица 3

Длительность койко-дня и времени нахождения в ПИТ у больных основной и контрольной групп

	Число койко-дней	Длительность нахождения в ПИТ
Основная группа	25,3+3,1	4,1+2,8
Контрольная группа	29,4+2,1	10,8+1,7

Летальность больных с деструктивным панкреатитом составила 17,1 % (7 пациентов) в контрольной и 7,6 % в основной группе. В контрольной группе причиной смерти у одного больного явился острый инфаркт миокарда с острой сердечно-сосудистой недостаточностью, который возник через 2 суток после операции; у другой больной старческого возраста причиной смерти явился тромбоз мезентериальных сосудов; развившийся на 5 сутки послеоперационного периода. Остальные 5 пациентов контрольной группы и 5 — основной погибли от нарастающей полиорганной недостаточности в сроки от 5 до 28 суток после

операции. Всем умершим больным основной группы выполнялись открытые оперативные вмешательства. Во всех случаях у больных были выявлены очаги инфицированного панкреонекроза, что обусловило тяжёлое течение заболевания, малую эффективность дренирующих вмешательств и смерть больных от нарастающей полиорганной недостаточности.

Также следует отметить, что все умершие больные поступили в стационар позднее 36 часов от начала заболевания, тяжесть состояния этих больных на момент госпитализации превышала 10 баллов по шкале SAPS.

Выводы

1. Полученные результаты подтверждают преимущества хирургического лечения с использованием малоинвазивных технологий по всем рассмотренным критериям. Применение малоинвазивных технологий в комплексе с консервативной терапией позволяет усилить эффект детоксикации, стабилизировать состояние больных и выполнить традиционные вмешательства в более благоприятных условиях.

2. Методом выбора в лечении ферментативного перитонита при остром панкреатите является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Это позволяет эффективно выполнить ревизию органов брюшной полости, полностью эвакуировать агрессивный выпот, адекватно санировать и дренировать различные отделы брюшной полости, а в случаях острого биллиарного панкреатита в сочетании с острым деструктивным холециститом, выполнить холецистэктомия.

3. При неэффективности малоинвазивных методов в течении 24–78 часов целесообразно применять открытые вмешательства. Открытые традиционные оперативные вмешательства, несмотря на свою травматичность, в настоящее время остаются операциями резерва.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березницкий Я.С. Прогностическое значение длительности пареза кишечника при лечении острого панкреатита / Я.С. Березницкий, М.А. Кутовой // Украинский журнал хирургии. — 2008. — № 5. — С. 14 — 17.
2. Бондаренко М.М. Диагностические маркеры прогнозирования течения острого панкреатита / М.М. Бондаренко, С.И. Баранник, Г.О. Родинская // Харьковская хирургическая школа. — 2009. — № 2,1. — С. 77 — 79.
3. Кодошук Т.А. Хирургическая тактика лечения гнойно-некротических осложнений острого панкреатита / Т.А. Кодошук, О.Е. Каниковский, О.И. Бондарчук // Харьковская хирургическая школа. — 2009. — № 2. — С. 106–108.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Украинский журнал хирургии. — 2009. — № 1. — С. 68 — 75.
5. Лысенко М.В. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром панкреатите / М.В. Лысенко, С.В. Урсов, В.Г. Пасько. — М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2007. — С. 202.
6. Ничитайло М.Е. Возникновение острого панкреатита после операций на органах гастроуденальной и панкреатобилиарной зон / М.Е. Ничитайло, О.О. Пидмурняк // Клиническая хирургия. — 2004. — № 11–12. — С. 76 — 77.
7. Острый биллиарный панкреатит / А.Е. Борисов, К.Г. Кубачев, А.В. Глобин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — № 3. — С. 213.
8. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — С. 336.
8. Actuale Standarts in eedr nekrotisierenden Pancreatitis — was ist Evidenz—basiert? / С. Schleicher, S.T. Mees, M. Colombo-Benkman, N. Semmger // Viseraintiur. — 2009. — Bd. 25. — S. 57 — 64.
9. Algorithms for the managements of abdominal compartment syndrome and open abdomen treatment after endovascu-

lar aneurysm repair for ruptured abdominal aortic aneurysm / D. Mayer, Z. Rancic, C. Meier [et al.] // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. — 2010. — S. 22.

10. *Fritze F.* Erste erfahrungen mit dem ABThera therapiesystem — ist es wirklich eine innovation in der behandlung des offenen abdomens / F. Fritze, V. Muller, K. Gellert // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. — 2010. — S. 29 — 30.

11. *Intraoperative flussigkeitstherapie bei pancreasresektionen — die sicht des chirurgen* / N. Lindenblatt, S. Park, G. Alsfasser [et al.] // Zentralblatt fur chirurgie. — 2008. — N 2. — S. 168 — 175.

12. *Lankisch P.G.* Natural course of acute pancreatitis: what we know today and what we ought to know for tomorrow / P.G. Lankisch // Pancreas. — 2009. — Vol. 38, № 5. — P. 494—498.

13. *Lemmerer M.* Grenzen und komplikationen der vacuumtherapie des septischen abdomens — where are we going? / M. Lemmerer, V. Matzi, A. Berger // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. — 2010. — S. 23 — 24.

14. *Zuhlke H.* Intraabdominelle gesschlossene V.A.C. Therapie bei nekrotisierender pankreatitis in kombination mit programmierter relaparotomie / H. Zuhlke, G.J. Gortz // Abstracts Dreei-Lander-Kongress. — 2010. — S. 25 — 28.

**ОСОБЛИВОСТІ
ТА РЕЗУЛЬТАТИ
МІНІІНВАЗИВНИХ ТА
ВІДКРИТИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ
ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМАХ
ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Е.Е. Аблаєв, О.А. Бугаєнко

Резюме. Проаналізовано результати хірургічного лікування 121 пацієнта з гострим деструктивним панкреатитом. Вироблено порівняння клінічної ефективності застосування мініінвазивних та традиційних методів у лікуванні гострого деструктивного панкреатиту. Вивчено післяопераційні хірургічні ускладнення, їх характер і частоту зустрічаємості.

Ключові слова: *гострий панкреатит, лапароскопія, хірургічне лікування.*

**FEATURES AND RESULTS
OF MINIMALLY INVASIVE
AND OPEN SURGERY FOR
DESTRUCTIVE FORMS OF
ACUTE PANCREATITIS**

Е.Е. Ablaev, O.A. Bugaenko

Summary. The results of surgical treatment of 121 patients with acute pancreatitis are analyzed. Comparison of the clinical effectiveness of minimally invasive and traditional techniques in the treatment of acute destructive pancreatitis is performed. Studied postoperative surgical complications, their nature and frequency of occurrence.

Key words: *acute pancreatitis, laparoscopy, surgical treatment.*