



В.В. Бойко, Е.Г. Доценко

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© В.В. Бойко, Е.Г. Доценко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Резюме. Приведен опыт хирургического лечения больных с забрюшинными осложнениями панкреонекроза. Проведен анализ применения миниинвазивных методов и этапно-эскалационной тактики. Эффективность методов оценивалась по ЛИИ и шкале SAPS II.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, забрюшинная флегмона, хирургическая тактика.

Введение

В абдоминальной хирургии гнойные осложнения острого деструктивного панкреатита (ОДП) являются потенциально опасными для жизни, характеризуются многообразием клинико-морфологических форм, местных и системных осложнений. Гнойные осложнения ОДП могут возникать в любой период от начала заболевания [1, 2]. В связи с глубоким расположением ПЖ и волнообразным течением, инфицирование зон некроза и развитие флегмоны забрюшинного пространства (ФЗП) кардинально не меняют клиническую картину заболевания [3, 4]. Вопрос о том, какому методу оперативного лечения гнойных осложнений ОДП следует сегодня отдавать предпочтение, также остаётся нерешённым. В последние годы наметилась тенденция снижения травматичности оперативных вмешательств путем применения пункционно-дренажных и видеоскопических методов лечения [5, 6]. До сих пор нет ясности, в какой последовательности проводить лечение больных ОДП, осложненным флегмоной забрюшинного пространства.

Материалы и методы исследования

Нами изучены результаты лечения 64 больных с ФЗП, осложнившимися течением панкреонекроза, находившихся на лечении в ИОНХ НАМНУ и ХГКБСНМП за период 2010-12 гг. Мужчин было 49, женщин 15, средний возраст составил 53,6 лет. По срокам заболевания: до 12 часов обратились 23 пациента, в первые сутки – 30, запоздалая госпитализация (свыше 24 часов) отмечена в 11 случаях. В первые 3 суток по поводу ферментативного перитонита, нарастающей эндогенной интоксикации оперированы 51 пациент, при этом в 6 случаях произведены лапаротомные вмешательства, в остальных видеолапароскопические. Интраоперационно диагностированы: геморрагический ОДП в 18 случаях, жировой – в 22, смешанный – 21. Причиной ОДП у 42 больных выступил алиментарный фактор, у 22 билиарная патология. ФЗП в первые 3 суток лечения

диагностирована у 7 больных, что вынудило совместить вмешательство на брюшной полости и забрюшинном пространстве и включило дренирование из люмботомных доступов. В остальных 57 случаях ФЗП диагностирована в процессе дальнейшего лечения, при этом мы применили этапную тактику лечения с использованием малоинвазивных методов санации и дренирования забрюшинного пространства.

Все пациенты при поступлении подверглись рутинному клинико-лабораторному обследованию, УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенисследованию органов грудной клетки и брюшной полости, 58 пациентам в первые сутки выполнена ФЭГДС. В дальнейшем выполнялся динамический лабораторный контроль, УЗИ в динамике (не реже 1 раза в 3 суток). При подозрении на ФЗП и неясной ультразвуковой картине больным выполняли СКТ (23 пациента) и ЯМРТ (36 пациентов). Оценка тяжести состояния больных проводилась по общему статусу, шкале SAPS, лабораторно (ЛИИ по Кальф-Калифу).

Результаты исследований и их обсуждение

При поступлении основополагающим принципом была оценка тяжести состояния, степени органной дисфункции, интоксикации, показаний к экстренной операции. Тяжелое состояние выявлено у 59 больных, госпитализированы первично в ОРИТ 36 пациентов. При УЗИ выпот в брюшной полости выявлен у 32 больных, выпот в сальниковой сумке – у 42, отек забрюшинной клетчатки (ЗБК) – у 23, при этом неоднородность эхоплотности выявлена в 7 случаях. Указанные признаки соотносили с клинической картиной и местными проявлениями. Наличие симптомов ферментативного перитонита, подтвержденного УЗ картиной считали показанием к ургентной операции, в описанных 7 случаях наличия неоднородного выпота в ЗБК, объективно определялась выраженная локальная пастозность и гипертермия тканей по флангам и поясничной области, что

послужило основанием к первичной ургентной люмботомии, санации и дренированию. При этом в 5 наблюдениях получено гнойное отделяемое, в 2 – сукровичное. Эта группа пациентов имела критические показатели уровня ЛИИ – $19,2 \pm 2,1$ и $26,5 \pm 4,2$ балла по шкале SAPS II. Летальность составила 57 % (4 пациента) в сроки до 5 суток, при явлениях панкреатогенного и септического шока.

В дальнейшем при динамической оценке тяжести состояния больных отсутствие положительной динамики в течение 3 суток, при исключении интраабдоминальных жидкостных скоплений; отрицательная динамика лабораторных данных и усиление пастозности, гиперемии боковых областей живота в сочетании с устойчивым и нарастающим парезом кишечника считали показанием к выполнению диагностических пункционных эхоконтролируемых вмешательств на ЗБК (27 пациентов). Пункции выполняли в местах максимальной пастозности или проекции жидкостного коллектора. Проводилась визуальная оценка полученного отделяемого, при сомнительных в плане инфицирования случаях, выполнялось коаксиальное дренирование силиконовыми трубочными дренажами (11 случаев). При получении явно гнойного отделяемого либо детрита методом выбора считали люмбоскопические типа hand assistant вмешательства, с эвакуацией содержимого, ревизией и разделением перемычек, санацией ЗБК растворами детергентов и антисептиков и установкой силиконовых дренажей (12 пациентов). У 4 больных при пункции получено скудное геморрагическое отделяемое, проводилась дальнейшая консервативная терапия. Пункции проводились в первые 3 суток у 5 больных, в сроки 3-9 суток – 16, в более поздние сроки у 5 пациентов. Повторные пункции выполнены в 5 случаях, при неясной УЗ и ЯМРТ картине. Показатели ЛИИ в данной группе пациентов составил $14,1 \pm 3,2$ балла по шкале SAPS II $21,2 \pm 3,6$, при этом у части пациентов, которым проведено только дренирование, уровень указанных показателей был ниже, однако различие статистически недостоверно. После выполнения пункционно-дренирующих операций снижение уровня интоксикации происходило на 5-7 сутки, до субнормальных показатели возвращались к 18-21 суткам. Летальность составила 27,3 %. Люмбоскопические вмешательства приводили к более раннему снижению учитываемых показателей, уже на 2-3 сутки ЛИИ снижался до субнормальных цифр, баллы по SAPS II до 17,6. Однако, в дальнейшем вновь отмечена тенденция к увеличению, что объяснялось присоединением суперинфекции и ретенци-

ей отделяемого. Это потребовало выполнения плановых санаций в 19 случаях. Летальность в этой группе пациентов составила 19,4 %.

Показаниями к люмбоскопии и дренированию ЗБК считали выявление при УЗИ отграниченных и/или эхогетерогенных жидкостных скоплений в ЗБК; нарастание жидкостных скоплений при динамическом УЗИ и ЯМРТ (18 случаев), а также отсутствие положительного эффекта от применения пункционно-дренирующих вмешательств (6 пациентов). Люмбоскопия преследовала ревизию ЗБК, разделение перемычек, удаление секвестров и детрита, санацию полости с установкой двухпросветных дренажных систем для пролонгированной санации растворами антисептиков. Предпочтение отдавалось методике hand assistant. В дальнейшем производили видеоскопические ревизии по показаниям – ретенция содержимого, отсутствие динамики уровня интоксикации. Исходные показатели ЛИИ и оценки по SAPS II в этой группе составили $18,3 \pm 5,7$ и $21,9 \pm 4,8$ соответственно. Клинический эффект отмечен уже на 2-3 сутки, снижение ЛИИ на 7-9 сутки. Летальность составила 16,7 %.

В 12 наблюдениях произведены ревизия, санация и дренирование ЗБК из открытых люмботомных доступов, показанием к которым считали прогрессирующее течение гнойного процесса в ЗБК, подтвержденное данными лучевых методов диагностики, наличие газа в ЗБК при исключении перфорации полого органа, наличие либо угроза арозивного кровотечения. У этой группы наиболее тяжелых пациентов, вмешательства выполнены в первые 3 суток у 2 больных, на 7-12 сутки – у 7, в поздние сроки – у 2. По уровню ЛИИ $19,7 \pm 5,8$ и баллов по SAPS II $24,9 \pm 4,8$ эти пациенты были сходны с группой экстренно оперированных. Объяснением этому служат сроки течения некротического процесса, присоединение внутригоспитальной инфекции, осложнения со стороны брюшной полости и легких. Оцениваемые показатели в течение 5-7 суток существенно не снижались, именно в этот период отмечены 3 летальных исхода, общая летальность составила 25 %.

При сравнении основных показателей в группах пациентов оперированных различными методами, наиболее тяжелый уровень интоксикации отмечен при выполнении открытых вмешательств, что и обусловило выбор тактики, при этом после экстренных ранних операций летальность составила 57 %, что объясняется состояниями инкурабельного панкреатогенного и септического шока. Открытые операции в поздние сроки выполнены у наиболее тяжелой группы больных с критическими показателями эндогенной интоксикации и по-



лиорганной недостаточности, что обусловило высокую, 25 % летальность. В группах пациентов, пролеченных с использованием пункционных и люмбоскопических методов предоперационный уровень интоксикации и балльный прогноз по SAPS II были существенно ниже. Выполнение миниинвазивных вмешательств под видеоконтролем позволило достичь быстрого снижения интоксикации и клинического улучшения, в сравнении с пункционно-дренирующими, и снижения летальности до 16,7 %, статистически различия не достоверны. Отмечен высокий уровень летальности у больных дренированных под УЗ-навигацией – 27,3 %, однако мы объясняем это тяжестью внутрибрюшинных осложнений, а забрюшинный процесс носил вторичный характер и выбранный метод коррекции был адекватен, что и подтвердили результаты секций.

Таким образом, ведение пациентов осуществлялось согласно условно выделяемым этапным принципам, не подразумевающим обязательный последовательный принцип, однако демонстрирующим степень поражения ЗБК и, соответственно объем выполняемого вмешательства, т.е. эскалационному этапному принципу. На первом этапе, при выявлении жидкостных скоплений однородной эхоплотности,

с умеренными симптомами эндогенной интоксикации предпочтительными считали пункционно-дренирующие операции. Вторым этапом считали люмбоскопические вмешательства, с возможностью дальнейших этапных санаций. Третий этап – открытые операции, выполнялись при распространенности процесса, обуславливающего угрозу повреждения окружающих органов и сосудов при люмбоскопии, невозможности обеспечить адекватный отток гноя по дренажным контрапертурам.

В нашей работе мы анализировали некоторые показатели состояния пациента, выявленные тенденции в ряде случаев статистически недостоверны и требуют дальнейшего изучения.

Выводы

1. При определении тактики хирургического лечения гнойных осложнений забрюшинного пространства целесообразно придерживаться эскалационно-этапного принципа с учетом тяжести состояния и характера местных клинико-морфологических изменений.

2. При выборе метода оперативного лечения следует отдавать предпочтение миниинвазивным вмешательствам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глабай В.П. Причины неэффективности «закрытых» вмешательств при инфицированном панкреонекрозе / В.П. Глабай, М.В. Данилов, Р. Я. Темирсултанов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – Т 7, № 1. – С. 197-198.
2. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин и др. // *Хирургия*. 2007. – № 5. – С. 4-8.
3. Варианты течения панкреонекроза, определяющие выбор оптимальной тактики хирургического лечения / В.С. Савельев, М. И. Филимонов, С.З. Бурневич и др. // *Анналы хирургии*. 2006. – № 1. – С. 40-44.
4. Computed tomography and magnetic resonance imaging in the assessment of acute pancreatitis / M. Arvanitakis, M. Delhay, V. De Maertelaere et al. // *Gastroenterology*. – 2004. – Vol. 126, №3. – P. 715-723.
5. Consensus of primary care in acute pancreatitis in Japan / M. Otsuki, M. Hirota, S. Arata [et al.] // *World J. Gasrtroenterol*. 2006. – Vol. 12, № 21. – P. 3314-3323.
6. Sterile fluid collections in acute pancreatitis : catheter drainage versus simple aspiration / E.M. Walser, W.H. Nealon, S. Marroquin [et al.] // *Cardiovasc. Intervent. Radiol*. 2006. – Vol. 29, № 1. – P. 102-107.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ЗАОЧЕРЕВИННИХ
УСКЛАДНЕНЬ
ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

В.В. Бойко, Є.Г. Доценко

Резюме. Наведено досвід хірургічного лікування хворих з заочеревними ускладненнями панкреонекрозу. Проведений аналіз застосування мініінвазивних методів та етапно-ескалаційної тактики. Ефективність методів оцінювали по ЛІІ та шкалі SAPS II.

Ключові слова: *гострий деструктивний панкреатит, заочеревна флегмона, хірургічна тактика.*

SURGICAL TREATMENT
OF RETROPERITONEAL
COMPLICATIONS OF
PANCREATIC NECROSIS

V.V. Boyko, E.G. Dotsenko

Summary. This paper presents the experience of surgical treatment of patients with retroperitoneal complications of pancreatic necrosis. The analysis of minimally invasive techniques and stages-escalation tactics is done. Effectiveness of the methods was assessed by LII and SAPS II scale.

Key words: *acute destructive pancreatitis, retroperitoneal phlegmon, surgical approach.*