

ВАРИАНТЫ ДОСТУПОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Луцевич О. Э.¹, Галлямов Э. А.¹, Милица Н. Н.², Милица К. Н.², Галлямова С. В.¹

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

² ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины»

В работе оценены преимущества и недостатки лапароскопических мануально-ассистированных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе в сравнении с открытыми операциями. Современные эндохирургические методы в сочетании с использованием экстракорпоральных методов детоксикации снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

Ключевые слова: панкреонекроз, лапароскопические мануально-ассистированные вмешательства.

Своевременное лечение инфицированных форм панкреонекроза (ИФП) является наиболее проблемным разделом в неотложной панкреатологии. Частота развития ИФП варьирует в широких пределах от 25 до 80% [1, 4]. Органная несостоятельность отмечается у каждого второго больного панкреонекрозом (ПН) [1, 2]. Вариабельность местных проявлений и клинического течения является крайне неблагоприятным обстоятельством, как для изучения, так и для лечения ПН.

Цель: оценить преимущества и недостатки лапароскопических мануально-ассистированных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе в сравнении с открытыми операциями, определить оптимальные сроки первичного хирургического вмешательства, этапных санаций, и тактики интенсивной терапии с использованием экстракорпоральных методов детоксикации.

Материалы и методы

В работе представлены результаты двух дружественных кафедр с 2006 г. по май 2012 г. Всего проходили лечение с диагнозом инфицированный панкреонекроз 68 пациентов. Лапаротомно оперированы 47 пациентов (1-я группа), лапароскопическим мануально-ассистированным методом 21 пациент (2-я группа).

Возраст больных колебался от 32 до 73 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), контрастно-усиленной компьютерной томографии (КТ). Объем и распространенность некротической деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей осуществлялась по шкале E. Balthazar (1985) [2, 4]. Больных стратифицировали по шкале E. Balthazar: со степенью D (3 балла) – 41 больной (единичные жидкостные образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы 30–50%), со степенью E (4 балла) – 27 больных (два и более

жидкостных образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы более 50%). Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационного материала. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II.

Лабораторная диагностика не имеет строгой специфичности для верификации стадии заболевания. В первые 48 ч от начала заболевания, проводится строгий лабораторный мониторинг специфичных для данной патологии показателей: амилаза крови; диастаза мочи; лейкоциты, формула; билирубин и его фракции; трансаминазы; гемоглобин, гематокрит; глюкоза крови, общий белок, фракции; электролиты. С первых часов пребывания пациентов в стационаре проводилась интенсивная терапия основного заболевания, коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений, продленная эпидуральная анальгезия 0,2% ропивакаинном. Использовались активные методы детоксикации – продленная вено-венозная гемодиализация, плазмаферез с 100% плазмазамещением, сеансы УФО – аутокрови. Объем инфузионной терапии варьировал от 50 до 60 мл/кг/сут. Октреотид (сандостатин) – в максимальных дозировках 1,2 г в течение 5–7 суток со снижением дозировки до 0,6–0,3 г/сут. в течение 10–12 дней. До получения результатов микробиологического исследования стартовая эмпирическая антибактериальная терапия проводилась карбапенемами (меропенем) 3 г/сут., в комбинации с ванкомицином 2 г/сут. Переход к антибиотикам узкого спектра действия проводился в зависимости от результатов чувствительности микрофлоры.

Результаты и обсуждение

Для лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита в первой группе (47 пациентов) применяли

традиционный двухподреберный лапаротомный доступ с формированием ретроперитонеостомы (рис. 1–4).

39 пациентам потребовались повторные вмешательства от 2-х до 11 раз. Умерло 16 человек.

Во второй группе использовали лапароскопический мануально-ассистированный метод. Во время операции, при распространенном поражении поджелудочной железы использовали устройство для ручного ассистирования ЛАП-диск, стандартный набор для выполнения лапароскопических вмешательств, ультразвуковые ножницы HARMONIC, аппарат LIGASURE. Разрез для установки HAND-port (ЛАП-диска) выполняли длиной 6,5–7,5см (на 1см меньше размера перчатки оперирующего хирурга). Зона первичной установки HAND-port выбиралась с учетом распространенности и локализации некротической деструкции забрюшинной клетчатки. При тотальном и субтотальном поражении с поражением парапанкреатической клетчатки в области тела поджелудочной железы HAND-port устанавливался по средней линии в эпигастральной области. Затем вводили недоминантную руку и осуществляли ассистенцию для установки дополнительных троакаров, изолируя внутренние органы от повреждения (рис. 5, 6).

Доступ в сальниковую сумку осуществляли мобилизацией желудочно-ободочной связки, затем под мануальным контролем низводились печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, двенадцатиперстная кишка мобилизовалась по Кохеру. Для мобилизации левых отделов ободочной кишки вводилась левая рука хирурга, для правых отделов – правая. Тыльной стороной введенной руки осуществляли ретракцию желудка, выполняли абдоминализацию поджелудочной железы. Проводили некрсеквестрэктомия. Для извлечения секвестров из брюшной полости использовали HAND-port. Далее проводили санацию брюшной полости и забрюшинного пространства. Формировали люмботомию справа и/или слева, в зависимости от распространенности некротического поражения парапанкреатической клетчатки (рис. 7–8).

Парапанкреатическую и параколическую область дренировали «сквозными» дренажными конструкциями и резиново-марлевыми тампонами Пенроза-Микулича. Дренажи выводили наружу через люмботомные разрезы справа и слева, с последующей активной аспирацией (рис. 9).

Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, латеральные каналы, малый таз. Через срединную рану после удаления ЛАП-диска формировали оментобурсостому (рис. 10).

При поражении левых отделов парапанкреатической и параколической клетчатки в положении пациента на правом боку выполнялась лапароскопическая мобилизация селезеночного угла ободочной кишки, мобилизация желудочно-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.

ободочной связки.

Следующим этапом в поясничной области устанавливался HAND-port в брюшную полость в условиях карбоксиперитонеума и вводилась правая рука хирурга. Выполнялась абдоминализация тела и хвоста поджелудочно-желудочной железы, некрэктэктомия (рис 11, 12, 13).

Парапанкреатическую и параколическую область дренировали «сквозными» дренажными конструкциями и резиново-марлевыми тампонами Пенроза-Микулича. Дренажи выводили наружу через люмботомный разрез после удаления HAND-port слева, с последующей активной аспирацией.

Невозможность обеспечения адекватной санации за одну операцию являлась показанием для выполнения повторных хирургических вмешательств, выполнявшихся в программируемом режиме. Rattner DW et al [4] считают, что «агрессивная» первичная хирургическая некрэктомия должна являться первым звеном в лечении больных с очевидными симптомами панкреонекроза и, что развитие панкреатической инфекции не следует рассматривать в качестве единственного показания к хирургическому вмешательству. В таких случаях нами было предложено выполнение лапароскопического мануально-ассистированного вмешательства (у 8 пациентов) первым этапом (табл. 1).

У 13 пациентов с явлениями ферментативного перитонита без признаков поражения забрюшинной клетчатки первым этапом выполнялась санационная лапароскопия. У 9 из них с дренированием сальниковой сумки. Неблагоприятное течение инфицированного панкреонекроза при однократной хирургической коррекции рассматривали как вероятное. И в последующем, в связи с распространением деструкции на забрюшинную клетчатку, всем пациентам (21 человек) выполнено лапароскопическое мануально-ассистированное (гибридное) вмешательство по описанной выше методике.

Преимуществом применения лапароскопического мануально-ассистированного метода перед традиционными доступами в хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза является: 1 – уменьшение операционной травмы, 2 – возможность доступа ко всем очагам некроза и выполнения адекватной санации, 3 – остановка кровотечения любой локализации, 4 – бережного отношения к тканям за счет сохранения тактильной чувствительности, 5 – минимальная вероятность формирования кишечных свищей и эвентраций (рис. 14).

Среди 21 прооперированного, умерло 3 больных в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности. Пациентам выполнялись от пяти до пятнадцати санаций с интервалом 2–3 дня. Трое больных находились на продленной вентиляции легких до 1 месяца.



Рис. 6.



Рис. 7.



Рис. 8.



Рис. 9.



Рис. 10.



Рис. 11.



Рис. 12.

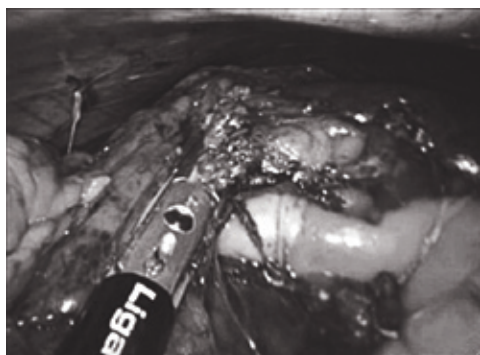


Рис. 13.



Рис. 14.

Таблица 1

Этапность оперативных вмешательств

Первичное хирургическое вмешательство	Кол-во пациентов	Второе хирургическое вмешательство	Кол-во пациентов	Последующее хирургическое вмешательство	Кол-во пациентов
Лапароскопическая санация с дренированием сальниковой сумки	9	Лапароскопическое мануально-ассистированное вмешательство	13	Этапная санационная секвестрэктомия	21
Лапароскопическая санация без дренирования сальниковой сумки	4				
Лапароскопическое мануально-ассистированное (гибридное) вмешательство	8	Этапная санационная секвестрэктомия	8		

Выводы

1. Больные инфицированным некрозом по-прежнему являются группой высокого риска в контингенте больных тяжелым острым панкреатитом, для которой хирургический метод лечения остается предпочтительным. Современные эндохирургические методы в сочетании с использованием экстракорпоральных методов детоксикации снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

2. В поисках путей снижения частоты инфекционных осложнений острого панкреатита и высокой летальности от этого заболевания нами было проведено исследования эффективности ла-

пароскопического мануально-ассистированного метода лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита в сравнении с традиционным лапаротомным методом лечения.

3. Первые результаты исследований оказались оптимистичными, но для достоверного статистического анализа необходимо большее количество клинических наблюдений. Разработка доказательных рекомендаций сделает возможным создание стандартов и алгоритмов, пригодных для индивидуализации лечения ПН и его осложнений с использованием высокотехнологичных эндохирургических методов.

Литература

1. Tenner S., Sica G., Hughes M., E. Noordhoek, S. Feng, M. Zinner, P. A. Banks. Связь некроза и органной несостоятельности при тяжелом остром панкреатите. *Gastroenterology* 1997 Sep; 113 (3): 899–903
2. Tellado J. M., Christou N. V. Intraabdominal infections. – Madrid. «Harcourt» 2000; 219–46
3. Буткевич А. Ц., Чадаев А. П., Лапин А. Ю., Свиридов С. В. / Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении распространенного инфицированного панкреонекроза – Москва 2007
4. Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ, Mueller PR, Warshaw AL. Ранняя хирургическая некрэктомия у больных с симптомами панкреатического некроза полезна независимо от наличия инфекции. *Am J Surg.* 1992 Jan;163 (1): 105–9.

ВАРІАНТИ ДОСТУПУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Луцевич О. Е.¹, Галлямов Е. А.¹, Милиця М. М.², Милиця К. М.², Галлямова С. В.¹

¹ Московський Державний Медико-стоматологічний Університет імені А. І. Євдокимова

² ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

В роботі оцінені переваги і недоліки лапароскопічних мануально-асистованих втручань при інфікованому панкреонекрозі в порівнянні з відкритими операціями. Сучасні ендоскопічні методи в поєднанні з використанням екстракорпоральних методів детоксикації знижують кількість ускладнень, рівень летальності та зменшують терміни лікування.

Ключові слова: панкреонекроз, лапароскопічні мануально-асистовані втручання.

TREATMENT OPTIONS ACCTSS PANCREATONECROSIS

Lutsevich O. E.¹, Gallyamov E. A.¹, Militca M. M.², Militca K. M.², Galliamova S. V.¹

¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov

² State Institute «Zaporozhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

The paper evaluated the advantages and disadvantages of laparoscopic manually-assisted interventions in infected pancreatic necrosis compared with open surgery. Endosurgical modern methods in combination with the use of extracorporeal detoxification methods reduce the number of complications, mortality rates and reduce treatment time.

Keywords: pancreatic necrosis, manually-assisted laparoscopic surgery.