УДК 616.37-089

Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов, Г.С. Рыбаков, Д.З. Алиев, А.Э. Шебзухов

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)

Среди причин летальности при панкреонекрозе гнойно-септические осложнения занимают одно из ведущих причин. В работе проведен анализ хирургического лечения 168 больных с гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза. Результаты исследования отражают как менялись взгляды авторов на хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений панкреонекроза на протяжении последних 6 лет(с 2000 по 2006 гг.). Показаны преимущества «открытых» этапных внебрюшинных мини доступов с применением набора «мини-Ассистент», перед «закрытыми» способами хирургического лечения гнойных осложнений панкреонекроза. Сравнивая отдаленные результаты хирургического лечения осложнений панкреонекроза доказано, что качество жизни значительно лучше у больных оперированных по предлагаемому авторами способу, чем при традиционных лапаротомиях.

Ключевые слова: гнойно-некротические осложнения панкреонекроза, этапные внебрюшинные мини-доступы, качество жизни

CHOICE OF SURGICAL METHOD IN TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS OF PANCREATONECROSIS

B.S. Briskin, M.D. Dibirov, O.Kh. Khalidov, G.S. Ribakov, D.Z. Aliyev, A.E. Shebzukhov

Moscow State Medical-Stomatological University, Moscow

Among the causes of lethality at pancreatonecrosis purulent-necrotic complications are most common. The article describes the analysis of surgical treatment of 168 patients with purulent-necrotic complications of pancreatonecrosis. The outcomes reflects the changes in points of view of the authors concerning surgical treatment of these complications for the last 6 years (2000—2006). The advantages of «open» staged extraperitoneal mini-approaches with application of set «mini-Assistant» over «closed» methods of treatment of purulent complications of pancreatonecrosis are shown. Comparing remote outcomes of surgical treatment of pancreatonecrosis complications it has been proved that life quality is much higher in those patients who were operated with the method suggested by the authors rather than with traditional laparotomy.

Key words: *purulent-necrotic complications of pancreatonecrosis, staged extraperitoneal mini-approaches, life quality*

Гнойно-септические осложнения (абсцессы поджелудочной железы, сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, забрюшинная флегмона) являются одной из наиболее частых причин летальности при панкреонекрозе (26,7 %) [1, 6, 8].

Причинами такой печальной статистики является, прежде всего, задержка с распознаванием и вскрытием очагов гнойного расплавления и отсутствием оптимальных способов дренирования гнойных полостей, от чего во многом зависит течение послеоперационного периода, исходы лечения и качество жизни пациентов [2—5, 7].

Несмотря на положительные отзывы об «открытых», «полуоткрытых», «закрытых», эндоскопических методах дренирования, нельзя однозначно отдать предпочтение лишь какому-то одному из них [1, 3, 5, 6, 7, 8].

Эти и другие вопросы, касающиеся хирургического лечения деструктивного панкреатита, явились побудительным мотивом к проведению наших исследований.

Работа охватывает период с 2000 по 2006 год, в течение которого используемая лечебно-диагностическая тактика у больных с острым панкреатитом (ОП) претерпела значительные изменения. Этот временной промежуток разделен нами на два периода: с 2000 по 2002 гг. и с 2003 по 2006 гг.

За этот период на лечении в клинических базах кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии — ГКБ № 81 и № 50 находились 832 больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

С гнойными осложнениями течения деструктивного процесса за указанный срок оперировано 168 (20,2 %) больных.

В своей работе мы использовали клиническую классификацию острого панкреатита принятую в 1992 году на международном симпозиуме в Атланте.

До 2003 г. при хирургическом лечении гнойно-некротических осложнений панкреонекроза превалировали «закрытие» способы.

Закрытое дренирование гнойно-некротических полостей выполняли у 45 (26,8 %) больных. Формы деструктивного панкреатита и его осложнений, которым выполнено «закрытое» дренирование представлены в таблице 1.

Анализ таблицы показывает, что подавляющее большинство больных оперированы в поздние сроки с момента заболевания, когда успевало произойти расплавление плотных зон некроза вследствие присоединения и размножения микрофлоры.

Таблица 1

Характер гнойных осложнений, при которых выполнено дренирование закрытым методом

Формы панкреатита и его осложнения	Количество больных		Выздоровление		Переход к открытым методам		Летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс	%
инфицированный	21	46,7	7	15,5	14	31,1	5	10,2
инфицированный с абсцессом	15	33,3	8	17,8	7	15,5	8	16,3
панкреатогенный абсцесс	9	20,0	5	11,1	4	8,9	2	4,1
Всего	45	100	20	44,4	25	55,5	15	33,3

Таблица 2

Открытое дренирование гнойных очагов

Виды оперативных вмешательств		Количество больных (n = 123)	
		абс.	%
Операции из мини доступа	Минилапаротомия + секвестрэктомия + марсупилизация + тампонирование сальниковой сумки	89	72,3
	Минилапаротомия + марсупилизация сальниковой сумки + люмботомия	22	17,9
	Люмботомия	12	9,8

У 25 (51,0 %) больных пришлось прибегнуть к повторному хирургическому вмешательству, чтобы ревизовать гнойную полость. Во время операции мы обнаруживали обширные поля гнойно-некротического поражения забрюшинной клетчатки с большим количеством омертвевших тканей, которые нуждались в повторной некр-, секвестрэктомии. В последующем эти больные лечились открытым способом, в режиме программных санаций. Анализ причин неэффективности проводимой терапии показал, что деструктивный процесс в ПЖ и в окружающих тканях продолжался и выбранный способ дренирования не создавал достаточных условий для отхождения секвестров и адекватной эвакуации детрита и гнойно-некротических масс, что приводило к ухудшению общего состояния больных и развитию тяжелой интоксикации. Летальность в этих случаях достигла 33,3 %.

Наиболее благоприятными для лечения методом закрытого дренирования являются формы нагноения в виде абсцессов без инфицированных тканей. Такую форму гнойных осложнений целесообразно лечить методом чрескожного дренирования под УЗ-наведением.

Высокая летальность при гнойных осложнениях деструктивного панкреатита, леченных закрытым дренированием и непрерывным лаважем, вызвала необходимость поиска новых хирургических подходов.

С 2003 года при распространенных гнойных осложнениях ОДП предпочтение отдавали открытым внебрюшинным мини доступам (этапным вмешательствам). Наибольшей информативностью для определения характера и объема деструкции в самой поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке считаем компьютерную томографию.

Открытое дренирование в режиме этапных санаций выполнены у 123 (73,2 %) больных (табл. 2).

Во время каждой операции мы старались максимально полно проводить ревизию всех уплотнений в забрюшинной клетчатке и удалить их гнойно-некротическое содержимое. Чтобы оставшиеся ткани и органы были фиксированы в определенном нужном положении и не спадались, тем самым, ограничивая доступ к гнойно-некротическим зонам, мы после некрэктомии рыхло заполняли все ревизованные участки несколькими тампонами, пропитанными мазью «Левомеколь».

Повторные вмешательства осуществляли независимо от наличия признаков гнойно-воспалительного процесса. Тампоны и трубки выводили как через оментобурсостому, так и через минилюмботомические разрезы.

После первой операции мы сразу же планировали, что через определенное количество дней больной должен быть подвергнуть очередной операции и т.д.

Оптимальным сроком между этапными вмешательствами являются 48 — 72 часа. Количество этапных санационных мероприятий составляло от 2 до 10.

Прекращали выполнение этапных вмешательств, когда исчезали клинические признаки септического состояния, не выявлялись гнойно-некротические ткани в забрюшинной клетчатке, а раневая поверхность покрывалась грануляциями. Течение процесса контролировали как лабораторно-биохимическими анализами, так и результатами УЗИ и особенно КТ, которые помогали обнаружить или исключить жидкостные образования и участки пониженной плотности, свидетельствующие об омертвении или инфильтрации тканей.

Использование способа этапных санаций с применением набора инструментов «мини-Ассистент» позволило снизить общую послеоперационную летальность при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита до 16,7 %.

Таблица 3

Характер осложнений после этапных операций при гнойных осложнениях

Осложнения	Количество больных (n = 123)	
	абс.	%
Аррозивное кровотечение	6	3,6
Толсто-тонкокишечный свищ	4	2,4
Панкреатогенный свищ	5	2,9
Сепсис	4	2,4
Пневмонии, гидроторакс	12	7,1

Вероятность неблагоприятного результата характеризует такие показатели, как частота послеоперационных осложнений (табл. 3).

Как видно самое грозное осложнение — аррозивное кровотечение — наблюдалось у 6 (3,6 %) больных. Кровотечение остановлено прошиванием сосудов в 2 случаях и тугой тампонадой сальниковой сумки — в 4 случаях. Тонко-толстокишечные свищи отмечены у 4 (2,4 %) человек. Из них у 3 больных свищи закрылись самостоятельно, а у 1 был свищ поперечно-ободочной кишки, который закрылся после наложения проксимальной толстокишечной колостомы. Панкреатические свищи — у 5 (2,9 %) больных. Из них у 3 больных панкреатический свищ закрылся самостоятельно через шесть месяцев, а у 2 через 1,5 года наложен панкреатоеюноанастомоз. Сепсис мы наблюдали у 4 (2,4 %) пациентов. Пневмония — у 7 (4,2 %) больных, гидроторакс — у 5 (2,9 %) больных.

Одним из основных критериев эффективности лечения в настоящее время является изучение отдаленных результатов и параметров качества жизни (КЖ) пациентов.

Изучение отдаленных результатов хирургического вмешательства проводили с помощью анкетирования больных и обследования их в стационаре. Все больные заполняли стандартную анкету.

По данным опроса повторно госпитализировались 19 (11,3 %) больных. У 4 (2,4 %) из них выявлена киста поджелудочной железы, которым выполнено дренирование под УЗ-наведением с хорошим клиническим результатом. Диагноз сахарный диабет, связанный с основным заболеванием выявлен у 5 (2,9 %)больных.

Изучение трудоспособности больных в ближайшие и отдаленные сроки после операции показали, что в 1-й год после заболевания вторую группу инвалидности имели 21 (12,5 %) больных, а 11 из них инвалидность снята после истечения одного года.

Тогда как больные, оперированные из традиционного лапаротомного доступа, имели следующие результаты: из 141 пролеченного, повторно госпитализировались 43 (30,1 %) человека. Диагноз сахарный диабет, связанный с основным заболеванием установлен у 7 (4,9 %) больных.

Изучение трудоспособности отдаленные сроки после операции показал, что в 1-й год после заболевания на группе по инвалидности был 41 (29,1 %) больной, а четверым из них инвалидность снята с после истечения одного года.

Таким образом, способ этапного хирургического лечения с использованием внебрюшинных мини доступов является оптимальным методом хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г. Этапное лечение острого панкреатита и его исходов / А.Г. Бебуришвили, Н.Ш. Бурчуладзе, В.В. Мандриков // IX Всерос. съезд хирургов: Матер. — Волгоград, 2000. — С. 15.

2. Компьютерная томография в диагностике и определении хирургической тактики при панкреонекрозе / Б.С. Брискин, Г.С. Рыбаков, О.Х. Халидов и др. // Хирургия некротизирующего панкреатита. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Екатеринбург, 2001. — С. 4—6.

3. Лечение гнойно-некротических поражений поджелудочной железы / А.В. Пугаев, В.С. Волков, Т.В. Григорина-Рябова и др. // IX Всероссийский съезд хирургов. Волгоград: 20—22 сентября, 2000. — С. 98.

4. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлусов. — М.: Бином-Пресс, 2004. — 304 с.

5. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 139—142.

6. Шулутко А.М. Тактика лечения панкреонекроза / А.М. Шулутко, А.И. Данилов, Е.В. Пыхтин // Хирургия некротизирующего панкреатита: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. — Екатеринбург, 2001. — С. 71—72.

7. Beger H.G. Nekrosektomie oder anatomiegerechte Resektion bei akuter Pankreatitis / H.G. Beger, B. Rau, R. Isenmann // Chirurg. — 2000. — Vol. 71 (3). — P. 274—280.

8. Bradley E.L.III Surgical indications and techniques in necrotizing pancreatitis / E.L.III. Bradley / In: Acute pancreatitis. — New York. Raven Press, 1994. — P. 817—823.