

ХИРУРГИЯ

Хирургическая тактика у больных с деструктивными панкреатитами

Д. М. КРАСИЛЬНИКОВ, А. В. АБДУЛЬЯНОВ, М. А. БОРОДИН

Казанский государственный медицинский университет.

Республиканская клиническая больница МЗ РТ

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет. В структуре летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости острый панкреатит занимает ведущую позицию [1, 2]. Важными факторами, определяющими это обстоятельство, служит поздняя или ошибочная диагностика, недооценка тяжести состояния больных и, соответственно, неадекватный выбор необходимых консервативных и хирургических мероприятий. Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом основаны на дифференцированном подходе к выбору оперативных вмешательств в зависимости от фазы развития заболевания, клинико-морфологической его формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания.

Различная степень распространенности некротического поражения поджелудочной железы и разных отделов забрюшинной клетчатки, а также факт их инфицирования определяют многообразие вариантов хирургической тактики. Это касается показаний к операции, сроков хирургического вмешательства, последовательности применения транскутанных, лапароскопических и лапаротомных методик.

Кроме того, вопрос о выборе оптимальных вариантов хирургического лечения больных деструктивным панкреатитом окончательно не решен. Высокий процент летальности связан не только с биотическими изменениями, но и травматичностью традиционных оперативных вмешательств, число которых у одного пациента достигает 5-6 и более [4, 7].

В структуре основных нозологических форм больные с острым панкреатитом традиционно занимают третье место после острого холецистита и острого аппендицита. По темпам роста заболеваемости острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости (по мировым статистическим данным варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. человек населения в год [5, 6]). В 20-25% случаях развитие острого панкреатита носит деструктивный характер, именно эта часть пациентов обеспечивает высокую общую и послеоперационную летальность [3].

В отделении абдоминальной хирургии РКБ МЗ РТ с 2005 по 2007 год находилось на лечении 782 больных с острым панкреатитом, подтвержденным клинико-лабораторными, инструментальными методами исследований. Мужчин было 389, женщин 230, возраст варьировал от 19 до 83 лет (средний возраст составил 40,5 лет). Комплексная консервативная терапия, проведенная у этих больных, не потребовала выполнения хирургического вмешательства 580 пациентам, 202 больных были оперированы. Послеоперационная летальность составила 12,7%.

Диагноз устанавливали на основании физикальных, клинико-лабораторных и инструментальных методов обследований. Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух следующих выявленных признаков:

а) типичная клиническая картина (интенсивные не купируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота, употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);

б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости);

в) лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия);

г) высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2-3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при пункции под контролем УЗИ;

д) лапароскопические признаки острого панкреатита.

2) Диагностика острого панкреатита должна обязательно включать определение тяжести и прогноза заболевания, степени эндогенной интоксикации и оценку общего состояния пациента в динамике по различным интегральным схемам.

3) Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ производится без ЭРХПГ.

При установлении диагноза острого панкреатита основными принципами интенсивной терапии, целью которых является уменьшение дальнейшей деструкции и предотвращение развития гнойных осложнений, являются:

— интенсивная терапия, направленная на восстановление объема циркулирующей крови, регидратация, гемокоррекция;

— блокада секреторной функции поджелудочной железы (препараты соматостатина, антимиотолиты);

— ингибирование биологически активных веществ, за счет введения ингибиторов протеаз, антигистаминных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов;

— антибактериальная профилактика и терапия. Основой выбора препаратов являлись данные микробиологического исследования. Спектр действия выбираемых препаратов

должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы — возбудители панкреатогенной инфекции (таблица 1);

— эндоскопическая установка назогастроинтестинального зонда за связку Трейтца для декомпрессии и энтерального питания;

— адекватная аналгезия, продленная перидуральная анестезия;

— спазмолитическая терапия;

— антикоагулянтная терапия;

— превентивная противоязвенная терапия;

— адекватная нутритивная поддержка;

— лечебно-диагностическая лапароскопия с санацией и дренированием брюшной полости, при необходимости — полости малого сальника и желчевыводящих путей;

— своевременное хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза.

В настоящее время, общепризнанными показаниями к оперативному лечению острого панкреатита считают:

— перитонит;

— инфицированный панкреонекроз;

— панкреатогенный абсцесс;

— билиарный острый деструктивный панкреатит при наличии деструктивного холецистита и/или холедохолитиаза с нарастающей желтухой и гнойным холангитом;

— травматический панкреатит при наличии полного или частичного разрыва поджелудочной железы.

Ситуация при выборе способа лечения больных со стерильным панкреонекрозом достаточно неоднозначна. Объективных критериев, позволяющих достоверно, даже во время операции, определить протяженность, а точнее объем некроза ПЖ, до настоящего времени нет. Таким образом, показания к открытым операциям при стерильном панкреонекрозе строго ограничены. В эту стадию панкреонекроза обычно

показаны только малоинвазивные хирургические вмешательства: видеолaparоскопия, чрескожные пункционные вмешательства. При стерильном панкреонекрозе открытая операция является вынужденной мерой, когда исчерпан весь детоксикационный потенциал комплексных консервативных мероприятий и минимально инвазивных вмешательств, однако возникают ситуации, являющиеся показаниями к проведению лапаротомии на 1 или 2 недели заболевания:

— сохранение и нарастание симптомов полиорганной недостаточности на фоне интенсивной терапии;

— неэффективность транскутанных и лапароскопических санационных вмешательств;

— подозрение на инфицирование.

Видеолaparоскопические вмешательства с лечебно-диагностической целью были выполнены 98 пациентам, непосредственно после этих операций было 3 летальных исхода. Показания для видеолaparоскопических вмешательств были следующие:

— пациенты с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗИ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;

— уточнение факта панкреонекроза;

— оценка распространенности и характера панкреатогенного перитонита;

— выявление источника перитонита другой этиологии;

— ферментативный перитонит;

— выполнение лапароскопической холецистостомы;

— лапароскопическая оментобурсостомия.

Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными.

1. Диагностические задачи — подтверждение диагноза острого панкреатита, и соответственно, исключение других

Таблица 1. Стартовая эмпирическая терапия инфекций брюшной полости в зависимости от вероятных возбудителей

Вероятные возбудители	Бактерии группы кишечной палочки (E. coli, K. pneumonia) 17–35% Синегнойная палочка 11–16% Стафилококки (S. aureus, S. epidermidis) 10–15% Энтерококки 10–15% Грибы 5–15% Анаэробы 5–15%		
	Диллинджер Э.П. Инфекционные осложнения панкреатита /Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия — 2003. — №2. — Т.5 — С. 108–116		
	Стартовая терапия	Альтернативная терапия	Длительность
	Имипенем/циластатин по 0,5 г 4 раза в сутки в/в	Цефепим в/в по 1–2 г 2–3 раза в сутки + метронидазол в/в по 0,5 г 2–3 раза в сутки	по динамике симптомов
	Меропенем по 0,5–1 г 3 раза в сутки в/в Villatoro E, Larvin M, Bassi C. Antibiotic therapy for prophylaxis against infection of pancreatic necrosis in acute pancreatitis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Ципрофлоксацин в/в по 200–400 мг 2 раза в сут (офлоксацин или другие фторхинолоны) + метронидазол в/в по 0,5 г 2–3 раза в сутки	Цефтазидим в/м или в/в по 1–2 г 2–3 раза в сутки + метронидазол в/в по 0,5 г 2–3 раза в сутки	по динамике симптомов

заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии (перфорация полого органа, мезентериальный тромбоз и др.)

Лапароскопические признаки острого панкреатита:

- наличие отека корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
- наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишневый, коричневый) — признаки тяжелого панкреонекроза;
- очаги стеатонекрозов;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы.

2. Лечебные задачи:

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
- лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);
- холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии.

При сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха.

Относительными противопоказаниями к видеолaparоскопическим вмешательствам при панкреонекрозе считаем:

- нестабильная гемодинамика (эндотоксиновый шок);
- пациенты после множественных операций на органах брюшной полости (выраженный спаечный процесс брюшной полости, рубцовый процесс передней брюшной стенки и гигантские вентральные грыжи).

Основываясь на фазовом течении острого панкреатита и возникающих осложнений применение минимально инвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем возможно во все фазы. Тонкоигальное пункционное вмешательство позволяет определить наличие контаминации, оценить распространенность процесса деструкции и способствует выведению больного из эндотоксического шока. Полученный экссудат в обязательном порядке направляется на определение уровня амилазы, микробиологическое и цитологическое исследования. Острые жидкостные скопления (содержащие высокую концентрацию панкреатических ферментов) не более 5 см (по данным УЗИ) мы аспирируем при тонкоигальной пункции (диаметр иглы не менее 18G). Возможна многократная аспирация. При более объемных жидкостных скоплениях в полости малого сальника или забрюшинном пространстве при отсутствии инфицирования применяем кратковременное дренирование не более 2 суток, просвет дренажей не менее 12-15 Fr (4-5 мм). Контроль за состоянием брюшной полости и забрюшинного пространства осуществляем ежедневным ультразвуковым сканированием, при затрудненной визуализации — рентгеновской компьютерной томографией или ЯМР томографией.

В проведении дренирующих перкутанных операций мы используем методы: стилет-катетер (одноэтапный), двухэтапный, троакарный. Выбор методики дренирования производим в зависимости от топографии и размеров патологического очага. Так, если предполагается прохождение траектории

через брюшную полость, мы применяем первые две методики. Первичное дренирование осуществляется дренажами 12-15 Fr. На третьи-четвертые сутки проводим замену дренажей с просветом 16-18 Fr и далее до 30 Fr. При дренировании забрюшинного пространства без контакта с брюшной полостью предпочитаем троакарный способ, позволяющий сразу установить дренажи большого диаметра, «гильзы» ретроперитонеостомы. Через ретроперитонеостомические отверстия осуществляем осмотр, санацию забрюшинного пространства и удаление секвестров корзинкой Дормиа.

Считаем целесообразным рассматривать следующие показания к пункционным и катетеризационным лечебным чрескожным вмешательствам при панкреатогенных органических и внеорганических жидкостных образованиях:

1. жидкостные скопления в сальниковой сумке, в области селезенки и в паракольном пространстве.
2. формирующиеся постнекротические псевдокисты.
3. сформированные псевдокисты при наличии небольших тканевых включений и при отсутствии интерпанкреатической гипертензии.
4. рецидивные и резидуальные псевдокисты и жидкостные скопления брюшной полости.
5. абсцессы поджелудочной железы.
6. наличие жидкости в забрюшинном пространстве.
7. билиарная гипертензия.

В первую очередь, пункционно-катетеризационные методы применяются пациентам с инфицированным панкреонекрозом с нарастающей полиорганной недостаточностью и крайне сомнительной переносимостью операции. Кроме того, применение минимальноинвазивных процедур позволяет ликвидировать септические проявления и в дальнейшем выбрать более подходящее время для оперативного вмешательства в условиях наступившей демаркации некротизированных тканей.

По мнению ряда авторов, противопоказаниями к пункционно-катетеризационному лечению следует считать [8]:

1. крупные секвестры в полости кисты.
2. признаки кровотечения в полость кисты.
3. подозрение на кистозную опухоль.
4. признаки панкреатической гипертензии.
5. «организованный» панкреонекроз без жидкостного компонента.
6. распространенный перитонит.

Однако, с некоторыми выводами авторов можно не согласиться. Так, по нашему мнению, сочетание управляемого чрескожного дренирования некротических очагов большого размера множественными дренажами большого диаметра, заменой дренажей, агрессивная ирригация очагов и некрэктомия через просвет ретроперитонеостом позволяет избежать открытых операций.

Из-за одновременного созревания секвестров и, возможно, из-за неадекватного дренирования забрюшинного пространства после традиционных операций довольно часто встречается абсцедирование. Дренирование проводится под УЗИ наведением и траектория введения дренажа определяется с учетом адекватности оттока отделяемого, возможности замены дренажа по необходимости. В абсцессы объемом более 60 мл устанавливаем два дренажа и более. При наличии секвестров проводим замену дренажей на дренажи с большим просветом до 30 Fr. Большой внутренний просвет дренажа позволяет удалить крупные фрагменты некротических тканей.

В стадии гнойных осложнений с развитием забрюшинной флегмоны 20 больным ввиду тяжести состояния нами проведено первичное дренирование забрюшинного пространства. Дренирование проводим сразу из различных точек, которые выбираем с учетом возможно большего охвата дренируемого объема и адекватности дренирования.

За 2005-2007 гг. в клинике были выполнены 652 пунктионно-катетеризационных вмешательств и около 847 процедур по замене дренажей. Пунктионная санация и кратковременное дренирование проведено 27 больным. Дренирование полости малого сальника, парапанкреатической клетчатки, паракольного пространства, тазовой клетчатки при абсцессах — 136 больным (89 больным — до и 47 — после открытого оперативного лечения).

Особенно надо отметить важность РКТ контроля: не всегда, к сожалению, удается четко определить состояние забрюшинного пространства и поджелудочной железы только при помощи УЗ сканера. При затруднении ультразвуковой визуализации дренирование проводим под контролем РКТ.

Достоверно отмечено (с использованием прогностических систем Renson и APACHE-2) уменьшение частоты оперативных вмешательств в группе больных, где использовались навигационные технологии, по сравнению с группой больных, которым применялась традиционная хирургическая тактика.

Инфицированные формы панкреонекроза (инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит, инфицированная киста) независимо от степени полиоргановых нарушений требуют оперативного лечения. В противном случае фатальный исход заболевания неизбежен. Выбор метода операции в этом случае производили исходя из следующих критериев:

- характер и степень поражения поджелудочной железы;
- характер гнойно-некротического очага;
- топография гнойно-некротического очага;
- срок заболевания;
- степень тяжести состояния больного (APACHE II, Ranson, SOFA, SAPS).

Варианты хирургических вмешательств при инфицированном панкреонекрозе включают в себя, открытые вмешательства (лапаротомия, люмботомия) и закрытые (чрескожные вмешательства под контролем УЗИ, видеолапароскопия). При развитии ИП, когда по результатам УЗИ, КТ установлено, что некротический компонент очага существенно преобладает над жидкостным (либо последний вовсе отсутствует), а степень тяжести состояния больного не имеет тенденции к улучшению, применение чрескожных методов дренирования ограничено.

В наших наблюдениях было выполнено 132 открытых вмешательств по поводу ИП. Рассматривая открытые хирургические вмешательства при ИП, в современных условиях основными оперативными доступами являются:

- срединная лапаротомия;
- двухподреберная лапаротомия;
- люмботомия;
- срединная лапаротомия с синхронной люмботомией.

После выполнения лапаротомии основное внимание должно быть уделено оценке распространенности и характера поражения поджелудочной железы, всех отделов забрюшинной клетчатки, органов брюшной полости. Основные этапы вмешательства: широкое вскрытие полости малого сальника, абдоминализация поджелудочной железы, некрэктомия, секвестрэктомия, мобилизация селезеночного угла ободочной кишки, вскрытие дренирование забрюшинной флегмоны. Цель, к которой стремиться хирург, оперируя больного с ИП,

обнаружить, санировать и дренировать все гнойно-некротические полости. Однако, одномоментная санация у большинства больных с ИП не удастся, это требует повторных вмешательств, так называемых программируемых санаций. Клинический смысл расчленения санаций на этапы основывается на следующих положениях:

- факт неодновременного созревания секвестров;
- вторичное прогрессирование гнойного процесса по типу затеков;

- большая опасность септического шока при одномоментном раскрытии обширных забрюшинных нагноений.

Программируемые санации выполняли в режиме 24-72 часа или «по требованию», т. е. при возникновении экстренных показаний. После открытых хирургических вмешательств наиболее часто возникали следующие осложнения:

- Аррозивные кровотечения — как правило возникают в несанированных гнойно-некротических забрюшинных полостях. Чаще кровоточат сосуды mesocolon, селезеночная артерия и вена, панкреатодуоденальные сосуды.

- Некрозы и свищи полых органов — перфорации острых язв, дуоденальные, тонкокишечные, толстокишечные свищи.

- Системные осложнения — сепсис, ДВС-синдром, тромбоэмболия, пневмония.

Острый панкреатит относится к заболеваниям, при которых в полном объеме действует правило «золотого часа». Именно в первые часы от начала заболевания во многом определяется величина структурно-функционального ущерба и возможность его компенсации, запускаются различные механизмы, которые затем в различные сроки реализуются на клиническом уровне в виде тяжелых, чаще всего гнойно-септических осложнений. Поэтому качество, содержание и объем неотложной специализированной помощи при поступлении в стационар больного острым панкреатитом не должны зависеть от времени суток, фактора выходного дня, личного опыта дежурного врача.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф., Толстой А. Д., Красногоров В. Б. и др. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения). — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006; — Т. 11. — № 1: 60-66.
2. Бурневич С. З., Куликова В. М., Сергеева Н. А. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза. — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006; — Т. 11. — № 4: 10-14.
3. Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. Л., Стойко Ю. М., Красногоров В. Б. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. — 2000. — С. 47-49.
4. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения. — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2007; — Т. 12. — № 2: 46-51.
5. Кононов В. С. Применение озон-ультразвукового воздействия в комплексе хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом. — Автореферат дисс. к.м.н. — Уфа, 2007; 11.
6. Сергеева О. С. Коррекция эндотоксикоза при остром панкреатите. Автореферат дисс. к.м.н. — Ч, 2003; 12-13.
7. Филин В. И., Костюченко А. Л. Неотложная панкреатология. — СПб: Питер, 1994. — 416 с.
8. Connor S., Raraty M. G., I lowes N. Surgery in the treatment of acute pancreatitis-minimal access pancreatic necrosectomy. — *Scand J. Surg.* — 2005; 94 (2): 135-42.