

Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 29–30.

4. Бойко В. В., Криворучко И. А., Тищенко А. М. и др. Принципы лечения острого билиарного панкреатита // 7-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: Сборник тезисов / Под ред. проф. Ю. И. Галлингера. – М., 2003. – С. 49–51.

5. Дадаев М. В., Крапивин Б. В., Слесаренко А. С. и др. Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии // Материалы Российского симпозиума «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». – М., 1998. – С. 41–42.

6. Крендаль А. П., Цациниди К. Н., Галлингер Ю. И. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия у больных острым холециститом с поражением общего желчного протока // Хирургия. – 1989. – № 7. – С. 62–66.

7. Харченко В. П., Синев Ю. В., Серов Р. А. и др. Новые технологии в эндоскопической папиллосфинктеротомии // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – № 5. – С. 27–30.

8. Disario J. A., Freeman M. L., Bjorkman D. J. et al. Endoscopic balloon dilation vs sphincterotomy (edes) for bile duct stone removal // Digestion. – 1998. – V. 59. (suppl. 3). – P. 26.

9. Dobosz M., Babicki A., Dobrowolski S. et al. Emergency endoscopic papillotomy in biliary acute pancreatitis // Endoscopy. – 1999. – V. 31. (suppl. 1). – P. 102.

10. Nowak A., Kohut M., Marek T. A. et al. Microlithiasis of common bile duct in patients with acute biliary pancreatitis (abp) – the cause or the result of the disease? // Endoscopic and related abstracts of the 6th united European gastroenterology week. Birmingham. October 18–23 // Endoscopy. 1997. – V. 28. – P. 1255–1262.

11. Siegel J. H., Cohen S. A., Kasmin F. E. Sphincterotomy techniques // Professional communications, Inc. – 1997. – P. 42.

Поступила 17.02.2013

**Н. И. ГЛУШКОВ, А. В. СКОРОДУМОВ, М. Г. САФИН,
Ю. А. ПАХМУТОВА, А. А. СУББОТИН, А. В. ГУРИНА, И. И. БЕЛЬСКИЙ**

ВЫБОР МАЛОИНВАЗИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра общей хирургии государственного бюджетного общеобразовательного учреждения высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Россия, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41.
Тел. 8-921-918-42-78. E-mail: yulia299@mail.ru*

Изучены результаты обследования и лечения 400 больных с острым панкреатитом с использованием современных малоинвазивных хирургических вмешательств (эндовидеохирургические, мини-лапаротомные, пункционно-дренирующие). Предложен дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства в зависимости от фазы острого деструктивного панкреатита. Такой подход позволяет снизить послеоперационную летальность с 27% до 16,5%, уменьшить количество осложнений с 28% до 17,1%.

Ключевые слова: острый панкреатит, малоинвазивная хирургия, лапароскопия, мини-лапаротомия, пункционно-дренирующие вмешательства.

**N. I. GLUSHKOV, A. V. SKORODUMOV, M. G. SAFIN, Yu. A. PAKHMUTOVA,
A. A. SUBBOTIN, A. V. GURINA, I. I. BELSKY**

CHOICE OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

*Department of general surgery State budget institution of higher education «North-Western state medical university named after I. I. Mechnikov» under the Ministry of public health of the Russian Federation,
Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya str., 41. Tel. 8-921-918-42-78. E-mail: yulia299@mail.ru*

Results of examination and treatment of 400 patients with acute pancreatitis using modern minimally invasivesurgical procedures (laparoscopy, minilaparotomy, methods of punctions and draining) were studied. Differentiated approach for the choice of method of surgical treatment depending on phase of acute destructive pancreatitis was offered. This approach makes it possible to decrease postoperative mortality from 27% to 16,5%, number of complications from 28% to 17,1%.

Key words: acute pancreatitis, minimally invasive surgery, laparoscopy, minilaparotomy, punctions and draining.

Введение

За последние годы острый панкреатит выходит на первое место и составляет 41,9% от общего числа пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [3]. Летальность от острого

панкреатита колеблется в пределах 3–6%, а при его деструктивных формах достигает 20% [3, 4].

Несмотря на приоритет интенсивной консервативной терапии при лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП), в различных фазах заболевания

возникают показания к хирургическим вмешательствам, которые могут быть выполнены как традиционными, так и малоинвазивными методами, однако показания к малоинвазивным вмешательствам до сих пор четко не определены [1, 2, 6].

Цель исследования – оценить эффективность малоинвазивных методов лечения острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы исследования

За период с 1997 по 2012 г. нами проведен анализ лечения 400 больных, оперированных с применением малоинвазивных вмешательств (эндовидеохирургических, мини-лапаротомных, пункционно-дренирующих). Возраст больных составлял от 28 до 75 лет, из них мужчин было 286 (71,5%), женщин – 114 (28,5%).

Эндовидеохирургические оперативные вмешательства выполнены 234 (44,8%) больным, из них 33 (14,1%) в дальнейшем потребовались повторные санационные релапароскопии. Такая ранняя хирургическая активность позволила в большинстве случаев избежать широкой лапаротомной операции.

Закрытые малоинвазивные оперативные вмешательства под контролем УЗИ выполнены 74 (14,2%) больным. Операции из мини-доступа – 58 (11,1%) пациентам.

Контрольную группу составили 156 (29,9%) больных, оперированных традиционными оперативными вмешательствами.

В таблице представлены результаты хирургического лечения острого панкреатита в зависимости от выбора способа оперативного вмешательства.

Результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита

Вид оперативного вмешательства	Всего	Осложнения	Летальность
Традиционные операции	156 (29,9%)	43 (27,6%)	42 (26,9%)
Эндовидеохирургические операции	234 (44,8%)	2 (0,9%)	3 (1,3%)
Операции из мини-доступа	58 (11,1%)	7 (12,1%)	5 (8,6%)
Пункционно-дренирующие операции	74 (14,2%)	3 (4,1%)	5 (6,8%)

Все диагностические исследования и чрескожные оперативные вмешательства выполнены на отечественных ультразвуковых сканерах «ETKS-DM-04» и «Раскан» (производства НТФ «Ратекс», СПб, Россия). Использовались механические секторные датчики с рабочей частотой 3,5–3,7 МГц и специальной съемной пункционной насадкой. Дренирующие вмешательства производились с помощью стандартных наборов специальных инструментов для дренирования полостных образований. Закрытые чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполнялись под местной анестезией.

Для выполнения операции из мини-доступа использовали специализированный набор инструментов «Мини-ассистент» фирмы «Лига-7».

Лапароскопические вмешательства выполнялись на аппаратуре и инструментами фирмы «Джонсон и Джонсон» (США).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ «Statistica 6.0» на персональном компьютере. Для сравнения показателей между группами использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными, если вероятность (p)

была меньше 0,05. Для расчета частоты выявляемых изменений применялся критерий Фишера и χ^2 (О. Ю. Реброва, 2004; Т. А. Lang, M. Secic, 1997).

Результаты и их обсуждение

Эндовидеохирургические вмешательства выполнены 234 (44,8%) больным. Показанием для проведения лапароскопической санации являлась клиника распространенного перитонита и прогрессирующего эндотоксикоза.

Лапароскопия на ранней стадии заболевания позволила, с одной стороны, выявить острый панкреатит, оценить его тяжесть и определить прогноз заболевания в ближайшие 2–3 суток, а с другой – осуществить лечебную функцию (эвакуация перитонеального выпота). При осмотре отмечались наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, его характер и количество. Обращали внимание на наличие стеатонекрозов и состояние сальниковой сумки (отек, взбухание).

При наличии выпота в брюшной полости, не превышающего объем 200 мл, единичных очагов стеатонекроза на большом сальнике и поджелудочной железе выполняли дренирование сальниковой сумки, подпеченочного пространства и малого таза.

Если объем выпота в брюшной полости превышал 200 мл, имел геморрагический характер, выявлялись множественные очаги стеатонекроза большого сальника и поджелудочной железы, то дренирование сальниковой сумки дополняли вторым дренажом. При наличии признаков билиарной гипертензии выполнялась лапароскопическая холецистостомия. Малый таз дренировался в правой и левой подвздошных областях.

Выявление участков деструкции ее паренхимы, распространение процесса на забрюшинную клетчатку являлись показанием к переходу на лапаротомию у 43 (18,4%) ($p < 0,05$) больных. Полное выздоровление отмечено у 117 (50%) ($p < 0,05$). У 41 (17,5%) больного заболевание перешло в фазу гнойных осложнений. 23 (9,8%) ($p < 0,01$) из них в последующем выполнены операции из мини-доступа, а 18 (7,7%) ($p < 0,01$) – пункционно-дренирующие вмешательства. Осложнений и летальных исходов в данной группе не отмечено.

Из 234 (44,8%) больных санационная релапароскопия выполнялась 33 (14,1%) и заключалась в декомпрессии забрюшинной клетчатки путем рассечения заднего листка брюшины над пораженной клетчаточной областью. Показанием к декомпрессии забрюшинной клетчатки служил геморрагический ферментативный парапанкреатит, проявляющийся взбухающим участком пропитывания с очагами стеатонекроза. Оптимальной зоной декомпрессии являлись фланги живота и парапанкреальная клетчатка, которая раскрывалась после входа в сальниковую сумку.

Осложнение после санационной релапароскопии возникло у 2 (0,9%) ($p < 0,01$) больных – арозивное кровотечение из полости сальниковой сумки, что потре-

бывало перехода на лапаротомию. Летальные исходы наблюдали у 3 (1,3%) пациентов. Выздоровление достигнуто у 28 (11,9%) ($p < 0,05$).

Таким образом, применение лечебно-диагностической лапароскопии позволило избежать выполнения травматичной лапаротомии, снизить риск вторичного инфицирования как полости сальниковой сумки, так и брюшной полости, выполнив основную цель вмешательства в период ферментной токсемии – удаление экссудата из брюшной полости с наименьшим риском для жизни больного.

Мини-лапаротомия по Прудкову выполнена 58 (11,1%) больным. Показанием для операций из минидоступа являлось наличие секвестральных флегмон парапанкреатической зоны.

Эта методика сочетает в себе лучшие качества лапароскопии (малая травматичность, условия хорошего освещения) и лапаротомии (управляемая тракция с помощью крючков-зеркал, манипуляции *ad oculus*). Она применялась в стадии поздних гнойно-септических осложнений практически любой степени: гнойный оментобурсит, внутрибрюшные абсцессы (поддиафрагмальный, подпеченочный, тазовый). Малоинвазивные хирургические методики являются методом выбора при ограниченных гнойниках. Основным недостатком мини-лапаротомных операций является невозможность полноценной ревизии брюшной полости. Однако этот недостаток может быть преодолен путем использования лапароскопа.

При оперативных вмешательствах из мини-лапаротомного доступа оценивалось состояние поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и органов, расположенных в непосредственной близости.

При прогрессировании ГНПП у 2 (3,4%) ($p > 0,05$) больных наблюдались осложнения в виде желудочно-кишечных и аррозивных кровотечений, у 5 (8,6%) – развитие сепсиса. В последующем все эти больные оперированы традиционными способами. Летальный исход отмечен у 5 (8,5%) больных.

Закрытые малоинвазивные оперативные вмешательства под контролем УЗИ выполнены 74 (14,2%) больным. Показаниями для выполнения пунктирно-дренирующих вмешательств являлось наличие ферментативного и гнойного оментобурсита, внутрибрюшных абсцессов.

У 53 (71,6%) ($p < 0,01$) пациентов лечение было успешным, полости абсцессов очистились от гноя, постепенно уменьшились в размерах, и наступило полное излечение. В 13 (17,5%) ($p < 0,05$) наблюдениях дренирование было неэффективным из-за наличия в полости абсцесса больших секвестров, что потребовало оперативного лечения мини-лапаротомным и традиционным лапаротомным доступом. У 3 (4,1%) ($p > 0,05$) пациентов отмечены осложнения: в 2 случаях – дислокация дренажа с развитием местного гнойного пери-

тонита, в одном – аррозивное кровотечение в полость абсцесса. Больные были оперированы в экстренном порядке традиционным методом. Летальные исходы отмечены у 5 (6,7%) больных и связаны с прогрессированием гнойно-некротического процесса.

После традиционных санационных декомпрессионных операций полное выздоровление отмечено у 64 (41%) ($p < 0,05$) пациентов. 92 (59%) ($p < 0,01$) потребовались повторные санационные релапаротомии, от 1 до 5 операций. Всего по поводу ГНПП выполнено 277 операций. Осложнения отмечены у 43 (28%) больных, из них у 20 (13%) – аррозивные кровотечения различной этиологии, кишечные свищи – у 11 (7%), сепсис – у 12 (7,7%) пациентов. Умерло 42 (27%) больных. Летальные исходы связаны с крайне тяжелым течением заболевания и развитием полиорганной недостаточности и сепсиса.

Преимущество малоинвазивных технологий заключается в снижении травматичности санации в основном за счет минимизации оперативного доступа, что делает их методом выбора при одномоментных санационных операциях по поводу небольших гнойников либо гнойников любого объема, но с минимальным содержанием секвестров. Малоинвазивные вмешательства могут быть эффективными только при проведении полного комплекса лечения, включающего в себя детоксикационную, антибактериальную, инфузионную, иммуномодулирующую терапию.

Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают эффективность современных малоинвазивных методов хирургии в лечении острого панкреатита, их применение позволяет уменьшить количество осложнений с 28% до 17,1% ($p < 0,05$) и снизить послеоперационную летальность с 27% до 16,5% ($p < 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубышкин В. А., Светухин А. М., Буриев И. М. и др. Выбор метода лечения поздних гнойных осложнений деструктивного панкреатита // *Анналы хир. гепатологии*. – 2002. – Т. 7. № 1. – С. 210–211.
2. Савельев В. С., Буянов В. М., Огнев Ю. В. Острый панкреатит – М., 1983. – 239 с.
3. Толстой А. Д., Сопия Р. А., Краснорогов В. Б. и др. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит. – СПб, 1999 – 125 с.
4. Beger H. G., Uhl W., Berger D. Surgical therapy of acute pancreatitis // *Helv. chir. acta*. – 1992. – V. 59 (1) – P. 47–60.
5. Berger P., Mollema R., Girbes A. R. et al. Acute pancreatitis: a protocol for diagnosis and treatment // *Med. tijdschr. geneesk.* – 2002. – V. 146 (1) – P. 532–534.
6. Buchler M. W., Gloor B., Muller C. A. et al. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection // *An. surg.* – 2000. – V. 232 (5) – P. 619–626.

Поступила 14.02.2013