

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Костырной А.В., Керимов Э.Я., Керимов Э.Э., Имад Мохаммед, Абдел С.К. Байоуми

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского, Министерство образования России, Симферополь, e-mail: Alekskost@ukr.net

В работе обобщен клинический 10-летний опыт лечения 111 больных дренирования по различным методикам при гнойно-некротических осложнениях острого некротического панкреатита, с ретроспективным анализом 34 пациентов, у которых применялась пассивное дренирование зон некроза. Методики пассивного дренирования трубчатыми дренажами с использованием марлевых тампонов в современных условиях должны быть ограничены, в силу неэффективности их в качестве адекватного дренирования при имеющихся гнойно-некротических тканях в сальниковой сумке и забрюшинных клетчаточных пространствах. В контрольной группе (34 пациента), где применялось пассивное дренирование, послеоперационная летальность составила 41,1 % (14 больных), а в основной группе 77 больных применялись современные методики оперативного вмешательства с использованием собственной дренажной системы, послеоперационная летальность составила 15,6 % (12 больных).

Ключевые слова – острый панкреатит, гнойно-некротические осложнения, оперативное вмешательство.

SURGICAL TREATMENT OF PURULENT PANCREANECROSIS

Kostirnoy A.V., Kerimov E.Y., Kerimov E.E., Emad Mochamed, Abdel S.K. Bayumi

Medical Academy named after S.I. Georgievsky, The Ministry of Education, Simferopol, e-mail: Alekskost@ukr.net

The summary of the clinical 10-year experience of treatment of 111 patients drainage by different methods in purulent-necrotic complications of acute necrotizing pancreatitis, with retrospective analysis of 34 patients who used passive drainage areas of necrosis. Methods for passive drainage tube drainage with the use of gauze in modern conditions should be limited, because of the inefficiency of them as adequate drainage at the existing necrotic tissue into the bursa omentalis and retroperitoneal cellular spaces. In the control group (34 patients), which was used for passive drainage of postoperative mortality was 41.1 % (14 patients), and in the main group of 77 patients was used modern methods of surgical intervention with the use of a private drainage system, and postoperative mortality was 15.6 % (12 patients).

Keywords: acute pancreatitis, purulent-necrotic complications, surgery.

Лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита должно быть индивидуальным и зависеть от механизмов развития, вариантов поражения органов брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств, признаков синдрома воспалительной реакции с прогнозируемым риском течения заболевания.

К сожалению, в рекомендациях американской панкреатологической школы и согласно общепринятой классификации (Atlanta, 1992), в которой уделено внимание только на локализованные формы некротического панкреатита (инфицированный панкреонекроз, панкреатический абсцесс и инфицированная псевдокиста) [1,6].

Все осложнённые формы некротического панкреатита (склонные к распространению воспалительного процесса) в данной классификации отсутствуют, хотя именно они составляют основную проблему хирургического лечения гнойно-некротических осложнений

острого панкреатита. Они требуют также совершенно иного тактического подхода, как в консервативном, так и в хирургическом лечении осложнённых форм острого панкреатита.

В течение последних лет методы комплексного лечения некротического панкреатита были усилены блокаторами панкреатической секреции на «фоне» снижения числа вмешательств в ранние сроки заболевания. Так, при ретроспективном анализе результатов оперативных вмешательств прошлых десятилетий отмечается высокая послеоперационная летальность.

Рациональные вскрытия и дренирования забрюшинных флегмон с последующим закрытым проточным лаважем были дополнены рядом новых методик, в том числе применением программированных некрсеквестэктомий через сформированную оментобурсостому, а также использованием малоинвазивных лапароскопических технологий.

Более широкое применение находят методики пункционного лечения осложнённых постнекротических кист поджелудочной железы и локализованных инфицированных форм острого панкреатита в сальниковой сумке.

Вместе с тем: остаются спорными практически все основные вопросы хирургической тактики лечения ОП в стадии гнойных осложнений:

- отсутствуют чёткие критерии оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, его характера и объёма;
- вариантов завершения операции;
- способов дренирования очагов некроза, особенно в случаях распространённого некротического процесса. А именно адекватное дренирование при гнойных осложнениях острого панкреатита является тем «золотым стандартом», который может быть преградой для дальнейшего прогрессирования некротического процесса, особенно по забрюшинным клетчаточным пространствам.

Поэтому существующие способы хирургического лечения острого панкреатита и в особенности его инфицированных форм, как локализованные формы, а также при вовлечении забрюшинных клетчаточных пространств не могут удовлетворять хирургов своими конечными результатами. Лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита является наиболее проблемным разделом абдоминальной хирургии. Этот факт подтверждается высокими показателями послеоперационной летальности – 54–72 % и частотой развития гнойно-некротических осложнений при вторичном инфицировании как самого органа, так и брюшной полости и забрюшинного пространства [2,3].

Одномоментное хирургическое пособие в силу топографо-анатомического расположения поджелудочной железы и окружающей ее клетчатки не предотвращает

прогрессирование гнойно-некротического процесса, как в сальниковой сумке, так и в забрюшинных клетчаточных пространствах [6].

Исключительное многообразие вариантов локализации, распространения и характера патоморфологических изменений в поджелудочной железе, окружающих органах и тканях при гнойно-некротических осложнениях обуславливают существование столь же многообразных методов оперативных вмешательств и способов их завершения – дренирования. Именно от этапа рационального завершения оперативного пособия (адекватности дренирования) гнойно-некротического очага зависит и «прерывание» вероятности вторичного инфицирования [1,4].

Материалы и методы

В настоящей работе отражен 10-летний опыт лечения гнойно-некротических осложнений острого панкреатита применением различных методик дренирования очагов инфицированного панкреонекроза, как локализованных форм, так и при распространении по забрюшинным клетчаточным пространствам.

Все больные были обследованы согласно общепринятым клинико-лабораторным критериям, УЗИ мониторинг органов брюшной полости, КТ брюшной полости, разработанное и внедрённое в практику 3-D моделирование воспалительного процесса в самой поджелудочной железе и её окружающих тканях. Кроме этого, все больные получали стандартную общепринятую инфузионно-дезинтоксикационную, антибактериальную, антисекреторную, противоязвенную, иммуномодулирующую терапию согласно российским протоколам ведения пациентов с острым панкреатитом.

Больные с осложненными формами острого панкреатита были разделены следующим образом: жидкостное образование сальниковой сумки – 14 больных, инфицированный панкреонекроз в виде фиксированных или секвестрируемых участков железы и парапанкреатической клетчатки – 24, инфицированный панкреонекроз с явлениями абсцедирования забрюшинной клетчатки – 27, распространенная забрюшинная флегмона – 9, гнойный перитонит – 3.

Применяемые методики оперативного вмешательства в основной группе были следующими: длительный закрытый лаваж, программированные релапаротомии, открытое ведение управляемой лапаростомой.

Контрольную группу составили 34 больных с аналогичными осложнениями острого панкреатита, у которых применялись методики пассивного дренирования инфицированного очага некроза + программированные релапаротомии с использованием марлево-трубчатых дренажей.

Результаты исследования и их обсуждения

В зависимости от наших воззрений на процессы, происходящие при остром панкреатите, весь период практической работы был анализирован по периодам, которые характеризовались приоритетными изменениями наших и общепринятых взглядов.

На первом этапе применялась «активная» тактика ведения и применялись технологии оперативных вмешательств, которые не выдержали испытания временем (марлевая тампонада, пассивное дренирование сальниковой сумки, резекции поджелудочной железы). Анализ клинических данных этого периода у пациентов с осложнёнными формами острого панкреатита сопровождался прогрессирующим гнойно-некротическим процессом и высокой послеоперационной летальностью до 80 %.

Второй этап наших исследований характеризовался научно-обоснованным применением консервативной терапии. В этом период мы отказались от ранних резекций поджелудочной железы. Но применялись все же ранние некрэктомии с последующим пассивным дренированием зон некроза и использование марлевых тампонов, даже при асептических их вариантах. И всё равно мы имели высокие цифры послеоперационной летальности до 75 %.

Следующий этап характеризовался более значимыми возможностями диагностических методик (УЗИ, КТ, 3-D моделирование воспалительного процесса) – оперативные вмешательства выполнялись по строгим показаниям и некрсеквестрэктомии выполнялись в более поздние сроки (> 14 дней с момента заболевания).

Оперативные вмешательства, предпринятые при инфицированном панкреонекрозе должны преследовать следующие цели: 1) прерывание цепи воспалительного процесса; 2) предупреждение прогрессирования гнойно-некротического процесса как в сальниковой сумке, так и клетчаточных пространствах; 3) профилактика формирования поздних гнойно-некротических осложнений.

В своей работе в последние 5 лет мы категорически отказались от применения методик пассивного дренирования и использования марлевых тампонов при гнойно-некротических осложнениях по следующим причинам: при пассивном дренировании используя трубчатые дренажи из полихлорвинила, последние перестают функционировать уже через 12–24 часа так, как забиваются фибринозными наложениями и секвестрируемыми некротическими тканями поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки [5]. Использование марлевых тампонов также неэффективно при дренированиях гнойно-некротических очагов так, как уже через 4–6 часов тампон превращается в пропитанную гноем «пробку», препятствующую оттоку гнойного экссудата из гнойно-некротического очага [1], что обуславливает необходимость смены тампонов, чтобы поддержать их дренажную функцию каждые 6 часов, а это дополнительная травма [6].

Отрицательное отношение к применению марлевых тампонов и дренажей было высказано на XVI съезде российских хирургов. В решении съезда было отмечено, что тампонирование гнойных полостей в современной хирургии должно быть крайне ограничено и во многих случаях совершенно оставлено, поскольку марля не дренирует очаги некроза и оказывает отрицательное влияние на процесс тканевой регенерации.

Последние 5 лет при дренировании инфицированных очагов некроза в сальниковой сумке и забрюшинных клетчаточных пространствах мы применяем собственную дренажно-раздвижную конструкции, позволяющую максимально необходимое время поддерживать функционирующую гнойно-некротическую полость до момента полного ее очищения с переходом в последующем на традиционно трубчато-перчаточное дренирование. Конструкция представляет собой трубчато-дренажную систему, которая устанавливается в гнойно-некротическую полость в сложенном состоянии и при переводе её в рабочее положение – раздвижение конструкции, которая приобретает форму гнойно-некротической полости, препятствующей её спадению и слипанию стенок гнойной полости, что является основным моментом, обеспечивающим своевременную, адекватную санацию и проведение программированных некрсеквестрэктомий до полного очищения полости от гнойно-некротических тканей.

Проведенный анализ дренирования в контрольной группе больных, где использовались марлево-трубчатое дренирование и пассивное трубчатое дренирование гнойно-некротических зон, показал, что у 34 пациентов в 30 (88,2 %) случаях возникла необходимость в переустановке и ревизии зон гнойно-некротических полостей. При активном дренировании с использованием методик «очищения» просвета трубчатых дренажей из 77 больных в 19 (24,7 %) была необходима замена дренирования в силу распространенности гнойно-некротического процесса по забрюшинным клетчаточным пространствам и на момент освоения собственной методики.

Клинический опыт показал, что методика длительного закрытого лаважа более эффективна при лечении локализованных форм инфицированного некроза; осложненные формы заболевания особенно в виде распространённых забрюшинных флегмон с гнойными затеками по параколическим пространствам «остаются» вне влияния активного дренирования и могут приводить к формированию новых гнойно-некротических полостей и прогрессированию процесса и развитию абдоминального сепсиса. Косвенным подтверждением этому могут служить цифры вынужденных («по необходимости») релапаротомий на фоне закрытого лаважа: при локализованных формах процесса они выполнены у 12 % больных, при распространенных формах в 40 % случаев.

Методика «открытого» лечения инфицированного панкреонекроза через оментобурсостому показана при локализованных формах и при флегмоне забрюшинной клетчатки с гнойными затеками в параколон с дополнительными разрезами по средней подмышечной линии со входом в забрюшинное пространство.

Методика программированных релапаротомий показана при гнойном панкреатите и его ранних интраабдоминальных абсцессах, не имеющих «плотной» отграниченной капсулы.

При анализе клинических наблюдений установлено, что метод пассивного дренирования одинаково неэффективен вне зависимости от степени распространенности гнойно-некротического процесса: при локализованных формах заболевания послеоперационная летальность оказалась даже несколько выше, чем при распространенных формах гнойного панкреатита (43,5 % – 36,1 % соответственно).

Главным недостатком метода пассивного дренирования сальниковой сумки является замедленная эвакуация гнойно-некротического содержимого, что обуславливало сохранение тяжелого эндотоксикоза, а в ряде случаев полное прекращение оттока из-за закупорки дренажей и развитие абдоминального сепсиса.

Кроме того, метод пассивного дренирования не обеспечивал возможности отхождения по дренажам крупных секвестров, что определяло необходимость выполнения этапных некрсеквестрэктомий.

В контрольной группе больных послеоперационная летальность составила 14 пациентов (41,1 %), а в основной группе, где применялось активное дренирование с использованием собственной конструкции, у 12 больных (15,6 %).

Выводы

1. Основной причиной инфицированных асептических очагов некроза (абсцесс поджелудочной железы, гнойный панкреатит, гнойный оментобурсит) некротического панкреатита является вторичное инфицирование, развивающееся на 3–5 сутки после пассивного дренирования и использования марлевого тампонирования.

2. Повторные оперативные вмешательства в 75 % случаев обусловлены неадекватным дренированием гнойно-некротического очага сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств.

3. Метод завершения операции по поводу гнойно-некротического панкреатита определяется характером, локализацией и распространенностью патологического процесса.

4. Адекватное дренирование зон гнойно-некротических очагов, как в сальниковой сумке, так и в забрюшинных клетчаточных пространствах, прежде всего, направлено на прерывание воспалительного процесса и исключение моментов вторичного инфицирования и развитие абдоминального сепсиса.

Список литературы

1. Костырной А.В., Бугаенко О.А., Каракурсаков Н.Э. Этапы изменений программы лечения острого перитонита [Текст] / А.В. Костырной, О.А. Бугаенко, Н.Э. Каракурсаков // Хирургия Украины. – 2009. – № 1 (29). – С. 056-060.
2. Костырной А.В. Тактика хирурга при гнойно-некротических осложнениях острого панкреатита [Текст] / А.В. Костырной // Клиническая хирургия. – 2000. – № 5. – С. 57.
3. Микрофлора операционного поля и крови у больных хирургического профиля с повышенным риском возникновения гнойно-воспалительных осложнений / В.В. Жебровский, Ю.Л. Криворугченко, О.Н. Мясникова, И.В. Каминский // Клиническая хирургия. – 2005. – № 11-12. – С. 25.
4. Стаценко Н.И., Усеинов Э.Б., Миронов Н.И. Изучение отдаленных результатов (качества жизни) у больных после лечения методом лапаростомии [Текст] / Стаценко Н.И., Усеинов Э.Б., Миронов Н.И. // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2012. – № 1-2 (5-6). – С. 122-124.
5. Толстых П.И. Дренирование в хирургии, акушерстве и гинекологии [Текст] / П.И. Толстых, А.Н. Иванян. – М.: Медицина, 2000. – 295 с.
6. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Гельфанд, В.А. Соболев // Анналы хирургии. – 1998. – № 1. – С. 34-39.