

На правах рукописи

КЕШИШЕВ

Алексей Георгиевич

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

14.01.17 – Хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2015

Работа выполнена на кафедре хирургии ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Глабай Владимир Петрович

Официальные оппоненты:

Горский Виктор Александрович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой экспериментальной и клинической хирургии ГБОУ ВПО «РНИМУ имени Н.И. Пирогова»,

Буриев Илья Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела хирургии Филиала «Мединцентра Глав УПДК при МИД РФ.

Ведущая организация: ГБОУ ДПО РМАПО Министерства Здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «04....» февраля....2016 г. в 14.00. на заседании диссертационного совета Д. 208.124.01 при ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России по адресу:

115998 Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Автореферат разослан «....».....2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Доктор медицинских наук

Шаробаро Валентин Ильич

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПЖ	Поджелудочная железа
ТП	Тяжелый панкреатит
ИП	Инфицированный панкреонекроз
СП	Стерильный панкреонекроз
ИПНК	Инфицированная постнекротическая киста
СПНК	Стерильная постнекротическая киста
АПЖ	Абсцесс поджелудочной железы
ЖС	Жидкостные скопления
НИИ	Назоинтестинальная интубация
УЗИ	Ультразвуковое исследование
КТ	Компьютерная томография
APACHE II	(Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II)

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы

Несмотря на успехи, достигнутые в интенсивной терапии и хирургическом лечении острого панкреатита, существенного прогресса в лечении тяжелой его формы не достигнуто. Консервативное лечение тяжелого панкреатита приводит к почти 100% летальности (Buchler M., et all 1999, Kostic I et all. 2013), а хирургическое лечение снижает ее до 30% (Савельев В.С.,2001, Bradley E.L., 1993, Broadhurt et all. J., 2013).

К тяжелому панкреатиту, относят больных стерильным и инфицированным панкреонекрозом с полиорганной недостаточностью. В рекомендациях международной ассоциации панкреатологов отмечено, что неинфицированный панкреонекроз, сопровождающийся полиорганной недостаточностью в отдельных случаях должен подвергаться оперативному лечению, а инфицированный панкреонекроз является показанием для хирургического лечения. При этом могут быть использованы как минимальноинвазивные, так и различные виды «открытых» оперативных пособий.

К сожалению, подобные установки не всегда принимаются и предпринимаются попытки поиска «особых» форм течения панкреатита и возлагаются надежды на консервативные, детоксикационные и различные виды минимальноинвазивных вмешательств, что приводит к запоздалым, не всегда адекватным, опасным манипуляциям и высокой летальности.

При стерильном некрозе консервативный подход общепризнан до тех пор, пока имеется положительный ответ на проводимое лечение в условиях отделения интенсивной терапии. Также, на этом этапе течения острого панкреатита имеющийся опыт лечения позволяет утверждать о преимуществе минимальноинвазивных методов перед традиционными. Так, не вызывает сомнений эффективность удаления токсического выпота из острых жидкостных скоплений поджелудочной железы под контролем УЗИ или КТ и дренирования брюшной полости с помощью видеолапароскопии.

В случаях персистенции или прогрессирования органной недостаточности, а также при невозможности исключения или доказанности инфицирования некрозов поджелудочной железы показано хирургическое лечение (Bradley E.L. 1993, Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al., 2002, Broadhurt et al., 2013). Вместе с тем подобная сдержанная хирургическая тактика нередко является предметом дискуссии. При инфицированном панкреонекрозе также сохраняется целый ряд вопросов, требующих разрешения. В частности, достаточно часто возникают показания к неотложным операциям в связи с прорывом жидкостных инфицированных скоплений поджелудочной железы в забрюшинное пространство и\или в брюшную полость, о чем не упоминают зарубежные хирурги и что требует дополнительного изучения и разработки рациональной хирургической тактики.

Основными вопросами хирургии инфицированного панкреонекроза остаются определение оптимальных сроков выполнения операции после атаки острого панкреатита и выбор метода хирургического вмешательства.

Наилучшими сроками вмешательства, по мнению большинства зарубежных и отечественных хирургов, признается 3-4 неделя после возникновения острого панкреатита и его местных осложнений, когда на фоне проводимого современного консервативного лечения, наступает разрешение полиорганной недостаточности, отграничение и организация инфицированного панкреонекроза. Именно эти условия позволяют применять как минимальноинвазивные, так и «открытые» виды хирургического пособия с благоприятными результатами.

Вместе с тем, достичь столь идеального течения тяжелого панкреатита удается далеко не всегда и на практике возникает целый ряд вопросов, требующих неотложного решения. Это, прежде всего, организация лечения больных тяжелым панкреатитом, предполагающая раннее поступление больного в стационар, своевременное распознавание острого панкреатита, проведение рационального консервативного лечения, приводящего к

обратному развитию воспалительного процесса поджелудочной железы или организации и демаркации очага, определение показаний к оперативному лечению в зависимости от течения заболевания и местных изменений как самой поджелудочной железы, так и окружающих тканей. Наконец, проблему представляет выбор метода хирургического пособия, минимальноинвазивного или «открытого», поскольку нет критериев выбора, а имеющиеся предложения неопределенны и, подчас, не осуществимы в общехирургических отделениях у так называемых «первичных больных», а отдельные предложения могут быть опасны для больного. В рамках этих основополагающих вопросов требуют решения множество задач, направленных на определение эффективности тонкоигольной пункции для выявления инфицирования, значения антибактериальной профилактики у больных тяжелым панкреатитом и пункционно-катетеризационных методов в лечении тяжелого панкреатита, значения распространенности панкреонекроза для определения показаний и выбора метода операции. Необходимо также уточнить ряд деталей выполнения «открытых» оперативных вмешательств и разработать принципы послеоперационного ведения больных после минимальноинвазивных и «открытых» операций.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных тяжелым панкреатитом.

Задачи исследования:

1. Определить значение пункционно - катетеризационного метода в лечении стерильного и инфицированного панкреонекроза и выявить причины неэффективности метода при инфицированном панкреонекрозе.
2. Уточнить сроки выполнения хирургического вмешательства при инфицированном панкреонекрозе в зависимости от его осложнений и распространенности.

3. Разработать критерии выбора метода хирургического пособия, минимальноинвазивного или «открытого», при инфицированном панкреонекрозе.
4. Разработать принципы послеоперационного ведения больных, оперированных по поводу тяжелого панкреатита и определить их влияние на ближайшие результаты.

Научная новизна

1. Разработана рациональная хирургическая тактика лечения больных тяжелым панкреатитом, включающая распознавание и госпитализацию подобных больных в отделение интенсивной терапии, проведение адекватной консервативной терапии, динамический УЗ и КТ контроль, выполнение диагностической тонкоигольной пункции, определение показаний к операции и сроков ее выполнения, выбор рационального вида хирургического пособия.
2. Доказана целесообразность «открытого» хирургического вмешательства при стерильном панкреонекрозе, сопровождающимся персистенцией или прогрессированием полиорганной недостаточности.
3. Выявлены причины неэффективности минимальноинвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе и доказана их несостоятельность при распространенных формах инфицированного панкреонекроза.

Практическая значимость

1. Уточнены возможные системные осложнения, развивающиеся у больных тяжелым стерильным панкреонекрозом, требующие контроля, профилактики с целью предотвращения развития полиорганной недостаточности и лечения.

2. Предложен протокол динамического наблюдения и лечения больных тяжелым панкреатитом на этапе госпитализации в отделении интенсивной терапии, включающий наряду с общепринятыми методами тонкоигольную пункцию, детоксикацию, эндоскопическую папиллотомию при билиарном панкреатите, холедохолитиазе, механической желтухе, назоинтестинальную интубацию, декомпрессию кишечника, лаваж и деконтаминацию, энтеральное питание.
3. При неэффективности максимального консервативного лечения больных тяжелым панкреатитом в течение 3-х суток рекомендуется оперировать для профилактики прогрессирования полиорганной недостаточности, компартмент-синдрома, нарастания уровня летальности.
4. Безуспешность консервативного или «закрытого» вмешательства у данной группы больных обусловлена распространенностью и массивностью воспалительных изменений поджелудочной железы и брюшинного пространства.
5. Выделена персистирующая форма течения тяжелого панкреатита для которой характерны многократные атаки острого панкреатита в анамнезе, положительный эффект после начала консервативной терапии, рецидивы заболевания и острых жидкостных скоплений в период нахождения в стационаре. Учитывая безуспешность проводимого лечения в течение 1 месяца больных рекомендуется оперировать.
6. Характерными интраоперационными находками у больных персистирующим острым панкреатитом были множественные разнокалиберные стерильные жидкостные скопления в парапанкретической клетчатке, брюшинном и левом поддиафрагмальном пространстве, левом параколическом и в корне брыжейки поперечной ободочной и тонкой кишки.

7. Разработаны рекомендации по ведению больных при неэффективности консервативного лечения стерильного панкреонекроза тяжелого течения и инфицированного панкреонекроза методом «открытого» живота.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Обоснована возможность выполнения пункционно - катетеризационного метода в лечении стерильного и инфицированного панкреонекроза.
2. Определены сроки выполнения хирургического вмешательства при инфицированном панкреонекрозе в зависимости от его осложнений и распространенности.
3. Разработаны показания к применению минимальноинвазивного или «открытого» хирургического пособия при инфицированном панкреонекрозе.
4. Разработаны принципы послеоперационного ведения больных с тяжелым панкреатитом.

Личный вклад автора в получение результатов исследования

Автору диссертационной работы принадлежит анализ литературных данных по исследуемой проблеме, формирование цели, задач исследования, основных путей их решения. Автор лично участвовал в комплексном обследовании, оперативном лечении и курации 80% пациентов с тяжелым панкреатитом.

Реализация результатов исследования

Разработанные положения и рекомендации внедрены и используются в клинической практике хирургических отделений ГКБ № 53 г. Москвы, используются для проведения теоретических и практических занятий со слушателями, интернами, ординаторами и аспирантами, обучающимися на

кафедре хирургии Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также при обучении студентов Государственной классической академии им. Маймонида.

Апробация диссертации

Материалы диссертации доложены: на научно-практической конференции, посвященной 5-летию Государственной классической академии им. Маймонида, Москва, 2011., научно-практической конференции ФМБА «Актуальные проблемы лечения заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы», Москва, 2011., 10 World Congress IHPBA, 2012, Paris., 5-м Конгрессе Московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь», 2013, Москва., 10 Congress E-ANPBA, 2013, Belgrade., XX Международном Конгрессе Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2013, Донецк., Пленуме Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2015, Самара.

Публикации

По результатам исследования опубликовано 8 научных работ, из них две в рецензируемых журналах ВАК и 4 международные статьи.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 160 листах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который включает в себя 76 отечественных и 85 зарубежных источников. Работа иллюстрирована 20 таблицами и 11 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проведен анализ результатов лечения 160 больных, оперированных по поводу тяжелого панкреатита.

Все больные поступили в клинику в неотложном порядке, 15 (9,4%) из которых после лечения в других стационарах, причем 12 из них ранее выполнены различные виды неэффективных минимальноинвазивных или «открытых» оперативных вмешательств. Среди больных мужчин было 111, женщин 49, пиковая частота заболеваемости среди мужчин приходится на 30-44 лет, а у женщин - в возрасте 30-65 лет. Сроки госпитализации в клинику больных колебались от 3 до 24 часов и от 2 до 14 суток.

Клинико-морфологические формы тяжелого острого панкреатита у всех больных выделены на основании клинической классификации острого панкреатита, принятой на международном симпозиуме в Атланте в 1992 г. и ее пересмотров.

Таблица 1. Клинико-морфологические формы тяжелого панкреатита

Тяжелый панкреатит				
ИП	СП	ЖС		
		N (%)		
N (%)	N (%)	Инфицированные		Стерильные
		ИПНК ПЖ	АПЖ	
63 (39)	26 (16)			
		26	30	15
		56		
		71 (45)		

Все больные оперированы методом «открытого живота». Общее количество чрескожных пункционных вмешательств под УЗ контролем с целью выявления инфицирования или первого этапа лечения жидкостных

скоплений среди 160 больных, выполнено у 98 больных (61.3%) и во всех случаях проведено бактериологическое и микробиологическое исследование. В итоге, у 8 больных был выявлен стерильный панкреонекроз, в остальных 90 наблюдениях, выявлены различные микроорганизмы (Таблица 2). Интраоперационно у всех 160 больных осуществлялся забор материала из зон деструкции и нагноения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. И, надо подчеркнуть, что в 33 наблюдениях исследование интраоперационного материала роста микроорганизмов не выявило.

Таблица 2. Виды микроорганизмов, высеянные при ИП.

ТП	Инфицированный Панкреонекроз
<u>Высеянные микроорганизмы:</u>	
Escherihiacoli	20
Staphylococcusaureus	35
haemolyticus	4
hominis, warnerii	1
species	1
epidermidis	1
Klebsiella pneumonia	2
Pseudomonas aeruginosa	9
Proteus mirabilis	1
Salmonella typhimurium B	2
Morganellamorganii	1
Acinetobactercalcoaceticus, baumannii complex	9
Enterococcus faecium	2
Cloacae	1
Stenotrophomonasmultophiloe	1
Всего	90

При помощи бактериологического метода были установлены, во – первых, наличие инфицирования, и, во-вторых, виды микроорганизмов с обязательным определением их чувствительности к антибиотикам для проведения целенаправленной антибиотикотерапии.

Важное значение для прогноза течения заболевания, выбора метода лечения и сроков его осуществления имеет распространенность патологического процесса в поджелудочной железе и брюшинной клетчатке (Таблица 3).

Таблица 3. Распространенность панкреонекроза.

	ТП			
	Распространенный		Ограниченный	
	N	%	N	%
Инфицированный	49	31	70	44
Стерильный	16	10	25	16

С целью объективной и полной оценки тяжести состояния больных с ТОП и его осложнений, нами использовалась прогностическая шкала АРАСНЕ II. Оценивалась степень тяжести состояния больного ежедневно в динамике заболевания и комплексного лечения. (Таблица 4).

Таблица 4. Оценка тяжести ТП по системе АРАСНЕ II.

Балы	Количество больных	Летальность	
		N	%
От 9 - 11	100	5	5
От 12 – 15	52	24	46.2
От 16 – 20	8	3	37.5

По результатам представленной расчетной суммы баллов, пациенты у которых в течение 24-48 часов от начала заболевания показатель шкалы АРАСНЕ II от 9 до 11 (100) - показатель летальности - 5%. При значении шкалы от 12 до 15(52) летальность составила - 46,2%. При значении шкалы 16-20(8), летальность составила -37,5%.

Необходимо также отметить, что большинство наблюдаемых нами больных страдали одним или несколькими сопутствующими заболеваниями. У 121 больных выявлены сопутствующие заболевания, которые в разной степени ухудшали течение ТП, повышали риск операции и анестезии и определяли прогноз заболевания. Наиболее часто встречались ишемическая

болезнь сердца с атеросклеротическим кардиосклерозом, гипертоническая болезнь, хронический бронхит, хронический гастродуоденит, сахарный диабет, пневмония, хроническая алкогольная интоксикация, цирроз печени.

Всем больным, в ходе обследования, применяли общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования, среди которых высокую эффективность продемонстрировали УЗИ, КТ и диагностическая лапароскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 8 больных со стерильным ГП при применении интервенционных минимальноинвазивных вмешательств как с диагностической, так и лечебной целью эффект достигнут не был и больные несмотря на стерильность и отрицательный результат бактериоскопии были оперированы. У группы больных стерильным панкреонекрозом (41 больной) был отмечен ряд особенностей местного и общего характера, выявляемых при специальном обследовании, которые могут служить прогнозом и обоснованием показаний к хирургическому лечению стерильного панкреонекроза.

Прежде всего, обращают на себя внимание скопления жидкости более 6 см в диаметре, а также множественные скопления в различных отделах брюшинного пространства, нередко сообщающиеся между собой. При катетеризации их под контролем УЗИ или дренировании брюшной полости при лапароскопии отмечается поступление жидкости в объеме от 500.0 до 1.5 литров за сутки и с высоким содержанием в ней амилазы. Последнее относится ко всем больным стерильным панкреонекрозом, подвергнутым хирургическому лечению. Кроме того, УЗИ и рентгенологическое исследование выявляют два важных признака – панкреатический плеврит, нередко, двусторонний, но чаще слева и выраженную пневматизацию кишечника. Также, характерно, что у отдельных больных с осумкованными скоплениями стерильной жидкости или наличием жидкости в свободной

брюшной полости обнаруживается целый ряд общих признаков, дающих основание прибегать к «открытому» хирургическому лечению.

При изложенном течении стерильного панкреонекроза всегда возникают вопросы – почему интенсивное лечение не дает эффекта и нарастает полиорганная недостаточность? И не следует ли подобного больного оперировать? Наблюдения за 41 больным стерильным панкреонекрозом, оперированными нами дали ответ.

Анализ подобных наблюдений выявил изменения местного порядка, которые служили причиной неэффективности проводимого лечения. Это массивное пропитывание поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и клетчатки обоих забрюшинных пространств геморрагической жидкостью без какой-либо тенденции к отграничению, наличие множественных жидкостных скоплений, лишенных капсулы. Выявлены очаги жирового некроза, а также разнокалиберные, множественные участки некроза как самой железы, так и забрюшинного пространства. Обращает на себя внимание динамическая кишечная непроходимость, вздутие кишечника с большим количеством содержимого и 1-2 литрами геморрагической жидкости в брюшной полости у 17 из 41 больного.

В итоге, мы пришли к выводу, что неэффективность максимального консервативного лечения с использованием всего арсенала средств, включая детоксикационные методы, в течение 3-суток с момента поступления больного в клинику служит показанием для хирургического лечения. Полагаем, что это вполне достаточный срок для определения адекватности ответа на консервативное лечение. Аналогичного мнения придерживается Beger H., и соавт.,(2001) показавший, что максимальный срок интенсивной терапии для определения эффективности консервативной терапии и определения показаний к хирургическому лечению не должен превышать 5 суток.

Также полагаем, что задержка с операцией приводит к прогрессированию полиорганной недостаточности, местных некротических

изменений, компартмент-синдрома, нарастанию летальности. В наших наблюдениях из оперированных 41 больного стерильным тяжелым панкреонекрозом умерло 6, что подтверждает необходимость выполнения у данной группы больных операции «как можно раньше и как можно больше по объему». В противном случае, судя по течению заболевания, летальность достигла бы 100%.

Наряду с большинством больных стерильным панкреонекрозом, подвергнутых «открытому» хирургическому вмешательству спустя 3 суток безуспешного консервативного лечения нами из общего числа больных этой формой панкреонекроза выделена группа из 5 больных, которую мы определили как больные с персистирующим стерильным панкреонекрозом. Анализ данных больных выявил некоторые особенности течения заболевания, откладывающие особенности на хирургическую тактику. Прежде всего, подобные атаки острого панкреатита у всех больных были в анамнезе от 2 до 4 раз после злоупотребления алкоголем. Начало массивной консервативной терапии в условиях отделения интенсивной терапии приводило к положительному эффекту в первые сутки после поступления. Первое ультразвуковое исследование обнаруживало отдельное или несколько незначительных по размеру жидкостных скоплений, лабораторные показатели в частности, прокальцитонинный тест и С-реактивный белок, а также результаты тонкоигльной пункции не указывали на прогрессирование воспаления и инфицирование. Однако эффект проводимого лечения был кратковременным, продолжали рецидивировать боли, температура, интоксикация, вновь появлялись после разрешения жидкостные скопления. В результате, учитывая, фактически, безуспешность проводимого консервативного лечения в течение 3-4 недель больные были оперированы.

Обоснованием предлагаемой хирургической тактики при стерильном панкреонекрозе и персистирующей его форме могут быть интраоперационные находки, показывающие множественность жидкостных скоплений различного калибра в парапанкреатической клетчатке,

забрюшинном и, чаще всего, в левом поддиафрагмальном пространстве, левом параколическом и в корне брыжейки поперечной ободочной и тонкой кишки, массивное пропитывание забрюшинной клетчатки геморрагическим отделяемым без тенденции к отграничению, наличие множественных очагов некроза, развитие компартмент-синдрома.

Несмотря на развитие методов интенсивной терапии частота постнекротических нагноений не имеет тенденции к снижению и составляет 4-12%. При этом консервативное лечение инфицированного панкреонекроза, запоздалое или малообоснованное оперативное вмешательство приводит к 100% летальности.

Международная ассоциация панкреатологов не рекомендует оперировать больных панкреонекрозом ранее 14 дня после атаки, если нет специальных показаний. К сожалению, «специальные показания» обнаруживаются в популяции больных панкреатитом в силу некоторых особенностей развития и течения данного заболевания. Как правило, это больные злоупотребляющие алкоголем, длительно страдающие панкреатитом с неоднократными рецидивами. Вместе с тем среди этой группы больных не было ранее оперированных, хотя двоим из них выполнялась лапароскопия. Характерным было также продолжение приема алкоголя больными несмотря на атаку острого панкреатита. И лишь при значительном ухудшении состояния больные консультировались врачом и затем направлены в хирургическую клинику с «острым животом». Всего в рассматриваемых клинических наблюдениях подобных больных было 25.

Ввиду неясности причины перитонита, как правило, больным выполнялась верхняя срединная лапаротомия и после интраоперационного выявления источника перитонита, санации его, назоинтестинальной интубации, для обеспечения адекватного дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства выполняли левый или правый паракостальный доступ, чем создаются условия для ведения больного по типу «открытого»

живота с закрытием раны провизорными швами облегчения последующих санаций под общей анестезией.

Такие же «специальные показания» заставляют оперировать ряд больных вначале минимальноинвазивным способом в ранние сроки после поступления в клинику, также в случаях длительного страдания острым панкреатитом с развитием инфицированных скоплений.

Необходимо подчеркнуть, положительное воздействие минимальноинвазивных методов на состояние больных. В частности, снижалась на 1-2 градуса температура тела, улучшались лабораторные показатели вследствие снижения интоксикации, удавалось у этой группы больных избежать развития полиорганной недостаточности, что при инфицированном панкреонекрозе значительно ухудшает результаты лечения. Таким образом, минимальноинвазивный метод мы оцениваем, как возможный «первый акт» лечения инфицированного панкреонекроза. В ходе оперативного вмешательства выявлялись причины неэффективности минимальноинвазивного вмешательства у данной группы больных. (Таблица 5).

Таблица 5. Причины неэффективности «закрытых» вмешательств при инфицированном панкреонекрозе.

Распространенность процесса на левое и/или правое забрюшинное пространство.

Вовлечение в процесс брыжейки ободочной кишки и/или тонкой кишки, большого сальника.

Множественные гнойные фокусы ПЖ и забрюшинного пространства.

Многокамерные с выраженным перифокальным воспалением инфицированные скопления ПЖ.

Образование крупных секвестров, неудаляемых через дренажные трубки.

Неодновременное созревание и отторжение секвестров.

Наше мнение об эффективности минимальноинвазивных методов коррелирует с Международными рекомендациями, подчеркивающими, что минимальноинвазивные методы более всего подходят для подгрупп больных с локализованным и/или хорошо организованным панкреонекрозом. И это положением еще следует доказать с помощью рандомизированных исследований.

В то же время необходимо учитывать, что минимальноинвазивные методы эффективны далеко не у всех больных инфицированным панкреонекрозом и к применению их надо подходить лишь при строгом отборе больных и, как показывает наш опыт, использовать при одиночных, отграниченных, организованных инфицированных скоплениях, без выраженной перифокальной капсулы, без инфильтрации пери и

парапанкреатического пространств, диаметром до 5-7 см и объемом до 70-100 мл.

Тем не менее, даже столь строгий подход к использованию пункционно-катетеризационного метода при инфицированных скоплениях поджелудочной железы не гарантирует благоприятный исход лечения и не могут возникнуть показания к «открытой» операции ввиду неэффективности лечения, подтверждаемого лихорадкой, постоянным накоплением содержимого скопления, редко, увеличением его объема, утолщением перифокальной капсулы и распространением на пери-и парапанкреатическое пространство.

Таким образом, при обнаружении противопоказаний к минимальноинвазивному вмешательству к которым относим наличие многофокусных очагов инфицированного скопления жидкости, крупные скопления, особенно, с выраженной воспалительной капсулой или инфицированный панкреонекроз без тенденции к отграничению, а также при неэффективности миниметода, больных оперируем «открытым» способом. И первый вопрос, возникающий перед хирургом, когда лучше всего для достижения благоприятного исхода это делать.

Наши наблюдения также показали, что наилучшие результаты получены у больных, оперированных в поздние сроки, как правило, на 3-4 неделе заболевания после проведенного полноценного консервативного лечения, интервенционного минимальноинвазивного вмешательства, направленных на стабилизацию состояния больного, выведение его из полиорганной недостаточности, наконец, на отграничение и организацию воспалительных очагов брюшинного пространства.

Применение указанной тактики, а также разработанной практики ведения больных методом «открытого живота» привело к тому, что при достижении полноценного отграничения инфицированного скопления поджелудочной железы умерло лишь 17 больных из 70.

В клинике разработаны принципы ведения больным методом «открытого» живота, (таблица 7) используемый в течение длительного времени и хорошо себя зарекомендовавший.

Таблица 7. «Открытый живот».

Двухподреберный доступ

Широкое вскрытие сальниковой сумки и мобилизация правого и/или левого изгибов ободочной кишки

Вскрытие правого и/или левого забрюшинного пространства

Абдоминализация поджелудочной железы

Максимальное сохранение ткани поджелудочной железы

Вскрытие всех гнойных затеков и удаление только свободно лежащих секвестров, отказ от насильственной некрэктомии, ограничение показаний к резекции поджелудочной железы

Тампонирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, отказ от дренажных трубок

Сужение раны провизорными швами

Отказ от релапаротомий по «требованию» и выполнение этапных санаций через каждые 48-72 часа

Для достижения успеха при лечении больных методом «открытого» живота требуется соблюдение всех вышеописанных хирургических принципов.

Также надо отметить, что при тяжелом панкреатите, при своевременном хирургическом лечении и благодаря применению разработанной тактике отмечено снижение летальности до 20%.

ВЫВОДЫ

1. Пункционно-катетеризационные вмешательства под ультразвуковым контролем эффективны при стерильных жидкостных скоплениях поджелудочной железы. С помощью этого метода излечиваются лишь отграниченные, одиночные инфицированные скопления объемом до 100.0 мл.
2. Причинами неэффективности пункционно-катетеризационного метода при инфицированном панкреонекрозе служили: распространенность процесса на оба забрюшинных пространства, вовлечение в процесс брыжейки ободочной и/или тонкой кишки, большого сальника, множественные гнойные фокусы поджелудочной железы и забрюшинного пространства, многокамерные с выраженным перифокальным воспалением инфицированные скопления, образование крупных секвестров, не удаляемых через дренажные трубки, одновременное созревание и отторжение секвестров.
3. Сроки выполнения хирургического вмешательства при панкреонекрозе зависят от эффективности интенсивной терапии, развития местных и общих осложнений, распространенности процесса, инфицирования, результатов специального исследования.
4. Основными критериями выбора минимальноинвазивного или «открытого» метода хирургического лечения тяжелого панкреатита, стерильного или инфицированного, является выявление отграниченного или распространенного процесса, размер и объем отграниченного скопления. Также влияет на выбор оперативного пособия наличие или отсутствие полиорганной недостаточности, что может предполагать двухэтапное вмешательство.

5. Послеоперационный период при применении «открытого» живота предполагает этапные санации парапанкреатического и забрюшинного пространства, профилактику прогрессирования полиорганной недостаточности, предотвращение развития ранних послеоперационных осложнений.
6. Разработанная стратегия хирургического лечения тяжелого панкреатита, стерильного или инфицированного, позволила снизить летальности в этой группе до 20%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больных стерильным панкреатическим некрозом, доказанным отрицательным бактериологическим исследованием экссудата, аспирированным из патологического очага с помощью тонкоигольной пункции должны лечиться консервативно и лишь в отдельных случаях при неэффективности проводимого лечения в течение 3-х суток, проявляющегося развитием психомоторного возбуждения, нарастанием или появлением желтухи, динамической кишечной непроходимости, сердечной, легочной, почечной недостаточностью, следует подвергать хирургическому лечению.
2. На фоне проводимой максимальной консервативной терапии и интервенционного лечения возможно течение стерильного панкреонекроза по типу персистирования. В течение 3-4 недель рецидив одиночного скопления жидкости поджелудочной железы более 5 см в диаметре, появление множественных разнокалиберных скоплений, неэффективность разрешения пункционно-катетеризационным методом, рецидивирование желтухи, развитие и/или нарастание полиорганной недостаточности, невозможность исключения инфицирования служат основанием для «открытого» хирургического вмешательства.

3. Диагностированное инфицирование панкреонекроза является показанием для хирургического лечения - минимальноинвазивного и/или «открытого».
4. Пункционно-катетеризационный метод лечения эффективен при отграниченных, одиночных, организованных инфицированных скоплениях объемом до 100.0 мл.
5. При стерильном панкреонекрозе, сопровождающимся полиорганной недостаточностью и инфицированном панкреонекрозе без тенденции к отграничению наиболее эффективен способ хирургического пособия «открытый» живот.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Глабай В.П., Архаров А.В., Алиев А.И., Кешишев А.Г. Юнусов Б.Т., Виленский А.А. Лечение периоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите. // Материалы XIX Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. 2012. Иркутск. С: 43-44.
2. Глабай В.П., Архаров А.В., Кешишев А.Г., Юнусов Б.Т., Виленский А.А. Периоперационные осложнения метода «открытого» живота при тяжелом остром панкреатите. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2012 №4 (86) Часть 2. С: 43-44.
3. Глабай В.П., Архаров А.В., Алиев А.И., Кешишев А.Г. Юнусов Б.Т., Виленский А.А., Петросян Г.А., Абрамов В.Н. Операционные и ранние послеоперационные осложнения «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013.Т. VI. №2 (19). С: 140-147.

4. Глабай В.П., Архаров А.В., Кешишев А.Г., Юнусов Б.Т.
Причины неэффективности минимальноинвазивных
вмешательств при инфицированном панкреонекрозе. //
Материалы V конгресса Московских хирургов 21-23 мая 2013
года, Москва.
5. Glabai V. Archarov A. Keshishev A. Yunusov B. Aliev A. Surgical
treatment severe acute pancreatitis. // 10 World Congress IHPBA, July
1-5, 2012, Paris, France., p.214.
6. Glabai V. Archarov A. Keshishev A. Yunusov B. Aliev A.
Treatment of pancreanecrosis operations complications. // 10 World
Congress IHPBA, July 1-5, 2012, Paris, France., p.22.
7. Glabai V. Archarov A. Keshishev A. Yunusov B. Aliev A.
Late Complications of the open parcking in infected
pancreonecrosis \\ 10 Congress E-AHPBA, Belgrade, Serbia, 29-
31 May,2013 , p.279.
8. Glabai V. Archarov A. Keshishev A. Yunusov B. Aliev A.
G.Petrosian. Biliary pancreatitis – surgery tactics \\ 10 Congress
E-AHPBA, Belgrade, Serbia, 29-31 May, 2013 , p.281.