

Гибридные эндохирургические технологии в лечении деструктивного панкреатита

О.Э. Луцевич, М.И. Филимонов, Э.А. Галлямов, А.В. Латышев, Б.Б. Орлов,
Р.Р. Губайдуллин, С.В. Галлямова, О.В. Ермаков

ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Резюме

В статье рассматриваются вопросы комплексного лечения больных с панкреонекрозом и развитием флегмоны брюшинного пространства. На примере лечения 16 больных с данной патологией показаны преимущества лапароскопических мануально ассистированных (гибридных) операций: существенно уменьшается операционная травма, улучшается визуализация тканей, облегчается этапная санация брюшинной клетчатки. Использование высоко технологичных методов лечения — эндоскопических вмешательств, экстракорпоральных способов детоксикации позволяет снизить летальность у этой группы больных.

Ключевые слова: панкреонекроз, панкреатит, эндохирургические технологии.

Hybrid endosurgical technologies in the treatment of destructive pancreatitis

O.E. Lutsevich, M.I. Filimonov, E.A. Gallyamov, A.V. Latyshev, B.B. Orlov, R.R. Gubaydullin, S.V. Gallyamova, O.V. Ermakov

«Clinical hospital» of the Department of affairs management of President of Russian Federation, Moscow

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

Summary

The article concerns the treatment tactics for patients with pancreonecrosis complicated by retroperitoneal space phlegmon. The example of the 16 patients with such pathology shows the advantages of manually assisted (hybrid) operations, such as improved intraoperative visualization, reduction of operative trauma and staged sanitization of retroperitoneal fatty tissue. The use of modern treatment techniques like endosurgical operations and extracorporal detoxication methods lead to the decrease in lethality in this group of patients.

Key words: pancreonecrosis, pancreatitis, the endosurgical technologies.

Координаты для связи с автором: 107143, г. Москва, ул. Лосиноостровская, 45

Панкреонекроз (ПН) — многоликое заболевание с разнообразными клиническими вариантами, при котором воспалительный процесс может быть ограничен поджелудочной железой, распространяться на окружающие ткани и вовлекать отдаленные системы органов. Органная несостоятельность отмечается у каждого второго больного ПН [1].

Такая вариабельность местных проявлений и клинического течения является крайне неблагоприятным обстоятельством, как для изучения, так и для лечения ПН.

Цель

Оценить результаты лапароскопических мануально-ассистированных (гибридных) вмешательств при инфицированном панкреонекрозе, определить оптимальные сроки первичного хирургического вмешательства, этапных санаций, и тактики интенсивной терапии с использованием экстракорпоральных методов детоксикации.

Методы

С 2004 г. по май 2009 г. последовательно оперированы лапароскопическим мануально-ассистированным (гибридным) методом 16 больных с инфицированным панкреонекрозом, по масштабу поражения: тотальный [7] и тотально-субтотальный [9].

Возраст больных составлял от 32 до 67 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), контрастно-усиленной компьютерной томографии (КТ). Объем и распространенность некротической деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей осуществлялась по шкале E.Balthazar (1985). Больных стратифицировали по шкале E.Balthazar: со степенью D (3 балла) — 9 больных (единичные жидкостные образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы 30–50%), со степенью E (4 балла) — 7 больных (два и более жидкостных образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы более 50%) [2] Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационного материала. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II. $9,4 \pm 0,9$

Лабораторная диагностика не имеет строгой специфичности для верификации стадии заболевания. В первые 48 ч. от начала заболевания, проводится строгий лабораторный мониторинг специфических для данной патологии показателей: амилаза крови; диастаза мочи; лейкоциты, формула; билирубин и его фракции; трансаминазы; гемоглобин, гематокрит; глюкоза крови, общий белок, фракции; электролиты. С первых часов пребывания пациентов в РАО проводилась интенсивная терапия основного заболевания, коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений, продленная эпидуральная анальгезия 0,2% ропивакаином. Использовались активные методы детоксикации — продленная вено-венозной гемодиализации, плазмаферез с 100% плазмозамещением, сеансы УФО-аутокрови. Объем инфузионной терапии варьировал от 50 до 60 мл/кг/сут. Октреотид (сандостатин) — в максимальных дозировках 1,2 г в течение 5–7 суток со снижением дозировки до 0,6–0,3 г/сут. в течение 10–12 дней. До получения результатов микробиологического исследования стартовая эмпирическая антибактериальная

терапия проводилась карбапенемами (меропенем) 3 г/сут., в комбинации с ванкомицином 2 г/сут. Переход к антибиотикам узкого спектра действия проводился в зависимости от результатов чувствительности микрофлоры. Респираторная терапия проводилась аппаратом Dreger-Evita XL в различных режимах.

Результаты

Применяли лапароскопический мануально – ассистированный (гибридный) метод лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. Во время операции, при распространенном поражении поджелудочной железы использовали устройство для ручного ассистирования ЛАП-диск, стандартный набор для выполнения лапароскопических вмешательств, ультразвуковые ножницы HARMONIC, аппарат LIGASURE. Разрез для установки HAND-port (ЛАП-диска) выполняли длиной 6,5–7,5 см (на 1 см меньше размера перчатки оперирующего хирурга). Зона первичной установки HAND-port выбиралась с учетом распространенности и локализации некротической деструкции забрюшинной клетчатки. При тотальном и субтотальном поражении с поражением парапанкреатической клетчатки в области тела поджелудочной железы HAND-port устанавливался по средней линии в эпигастральной области. Затем вводили недоминантную руку и осуществляли ассистенцию для установки дополнительных троакаров, изолируя внутренние органы от повреждения.

Доступ в сальниковую сумку осуществляли мобилизацией желудочно-ободочной связки, затем под мануальным контролем низводились печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, 12-ти-перстная кишка мобилизовалась по Кохеру. Для мобилизации левых отделов ободочной кишки вводилась левая рука хирурга, для правых отделов – правая. Тыльной стороной введенной руки осуществляли ретракцию желудка, выполняли абдоминализацию поджелудочной железы, проводили некрэксвэстрэктомию. Для извлечения секвестров из брюшной полости использовали HAND-port. Далее проводили санацию брюшной полости и забрюшинного пространства. Формировали люмботомию справа (или) слева, в зависимости от распространенности некротического поражения парапанкреатической клетчатки.

Парапанкреатическую и параколическую область дренировали «сквозными» дренажными конструкциями и резиново-марлевыми тампонами Пенроза-Микулича. Дренажи выводили наружу через люмботомные разрезы справа и слева, с последующей активной аспирацией. Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, латеральные каналы, малый таз. Через срединную рану после удаления ЛАП-диска формировали оментобурсостому. При поражении левых отделов парапанкреатической и параколической клетчатки в положении пациента на правом боку выполнялась лапароскопическая мобилизация селезеночного угла ободочной кишки, мобилизация желудочно-ободочной связки.

Следующим этапом в поясничной области устанавливался HAND-port в брюшную полость в условиях карбоксиперитонеума и вводилась правая рука хирурга. Выполнялась абдоминализация тела и хвоста поджелудочной железы, некрэксвэстрэктомию.

Парапанкреатическую и параколическую область дренировали «сквозными» дренажными конструкциями



Рис.1. Разметка операционного поля



Рис.2. Установка оптического порта под мануальным контролем



Рис.3. Мобилизация желудочно-ободочной связки

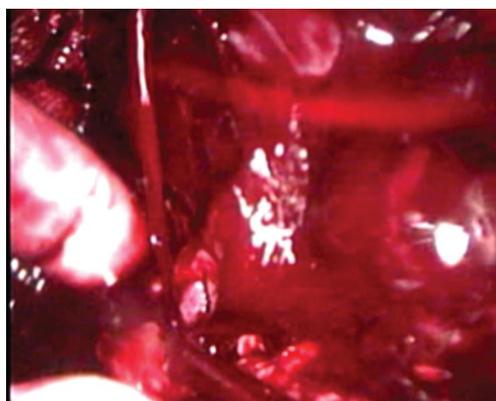


Рис.4. Мануальный контроль кровотечения



Рис.5, 6
Этапы абдоминализации
поджелудочной железы



Рис.7,8.
Этапная санация



Рис.9,10.
Этапная санация

Таблица 1

Первичное хирургическое вмешательство		Второе хирургическое вмешательство		Последующее хирургическое вмешательство	
Лапароскопическая санация с дренированием сальниковой сумки	6	Лапароскопическое мануально-ассистированное (гибридное) вмешательство	10	Этапная санационная секвестрэктомия	16
Лапароскопическая санация без дренирования сальниковой сумки	4				
Лапароскопическое мануально-ассистированное (гибридное) вмешательство	6	Этапная санационная секвестрэктомия	6		

и резиново-марлевыми тампонами Пенроза-Микулича. Дренажи выводили наружу через люботомный разрез после удаления HAND-port слева, с последующей активной аспирацией.

Невозможность обеспечения адекватной санации за одну операцию являлась показанием для выполнения повторных хирургических вмешательств, выполнявшихся в программируемом режиме. Rattner DW et al [3]. считают, что «агрессивная» первичная хирургическая некрэктомия должна являться первым звеном в лечении больных с очевидными симптомами панкреонекроза и, что развитие панкреатической инфекции не следует рассматривать в качестве единственного показания к хирургическому вмешательству. В таких случаях нами было предложено выполнение лапароскопического мануально – ассистированного (гибридного) вмешательства (у 6 пациентов) первым этапом. У 10 пациентов с явлениями ферментативного перитонита без признаков поражения брюшинной клетчатки первым этапом выполнялась санационная лапароскопия. У 6 из них с дренированием сальниковой сумки. Неблагоприятное течение инфицированного панкреонекроза при однократной хирургической коррекции рассматривали как вероятное. И в последующем, в связи с распространением деструкции на брюшинную клетчатку, всем 10 пациентам выполнено лапароскопическое мануально-ассистированное (гибридное) вмешательство по описанной выше методике.

Преимуществом применения лапароскопического мануально-ассистированного (гибридного) метода перед традиционными доступами в хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза является: 1 – уменьшение операционной травмы, 2 – возможность доступа ко всем очагам некроза и выполнения адекватной санации, 3 – остановка кровотечения любой локализации, 4 – бережного отношения к тканям за счет сохранения тактильной чувствительности, 5 – минимальная вероятность формирования кишечных свищей и эвентраций.

Из 16 пациентов умерло 3 больных в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности. Пациентам выполнялись от пяти до пятнадцати санаций с интервалом 2–3 дня. Трое больных находились на продленной вентиляции легких до 1 месяца. Проведено комплексное лечение с использованием экстракорпоральных методов детоксикации 11 пациентам.

Продленная вено-венозная гемодиализация – 19 процедур у 5 больных, плазмаферез – 15 сеансов у 7 больных, УФО-аутокрови – 6 сеансов у 4 больных.

Выводы

1. Больные инфицированным некрозом являются группой высокого риска в контингенте больных тяжелым острым панкреатитом, для которой хирургический метод лечения остается предпочтительным. Современные эндохирургические методы в сочетании с использованием экстракорпоральных методов детоксикации снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

2. В поисках путей снижения частоты инфекционных осложнений острого панкреатита и высокой летальности от этого заболевания нами было проведено исследования эффективности лапароскопического мануально-ассистированного (гибридного) метода лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. Первые результаты исследований оказались оптимистичными, но для достоверного статистического анализа необходимо большее количество клинических наблюдений. Разработка доказательных рекомендаций сделает возможным создание стандартов и алгоритмов, пригодных для индивидуализации лечения панкреонекроз и его осложнений с использованием высокотехнологичных эндохирургических методов.

Литература

1. S. Tenner, G. Sica, M. Hughes, E. Noordhoek, S. Feng, M. Zinner, P.A. Banks.// *Gastroenterology* 1997;113(3):899-903
2. Буткевич А.Ц., Чадаев А.П., Лапин А.Ю., Свиридов С.В. Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении распространенного инфицированного панкреонекроза – Москва 2007
3. Rattner D.W., Legermate D.A., Lee M.J., Mueller P.R., Warshaw A.L.// *Am J Surg.* 1992;163(1):105-9.