

Операционные и ранние послеоперационные осложнения «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите

В.П. ГЛАБАЙ*, А.В. АРХАРОВ*, А.И. АЛИЕВ*, Б.Т. ЮНУСОВ*, А.Г. КЕШИШЕВ**, А.А. ВИЛЕНСКИЙ**, Г.А. ПЕТРОСЯН*, В.Н. АБРАМОВ**

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Москва, Российская Федерация*
Городская клиническая больница № 53, Москва, Российская Федерация**

Актуальность Проблемы обусловлена такими требованиями практических хирургов, как необходимость определения частоты возникновения конкретного вида осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите, своевременность их распознавания, определение показаний для хирургического или консервативного лечения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, выбор рационального вида хирургического пособия, разработка принципов послеоперационного ведения и реабилитации подобных больных.

Цель исследования Улучшение результатов применения «открытых» операций у больных тяжелым панкреатитом.

Материалы и методы За 20 лет под наблюдением находились 6844 больных острым панкреатитом, 493 (7,3%) подвергнуты хирургическому лечению, 322 выполнено «открытое» оперативное вмешательство, у 102 (31,6%) выявлено 197 операционных или ранних послеоперационных осложнений.

Интраоперационно у 7 больных выявлена травма селезенки, у 3 кровотечение из кисты после ее вскрытия, 1 кровотечение из селезеночной артерии и из ткани железы у 1. Из ранних послеоперационных осложнений обнаружены аррозивное кровотечение (30,8%), панкреатические фистулы (19,1%), свищи полых органов – желудка (7,4%), двенадцатиперстной кишки (5,3%), тонкой кишки (3,2%), ободочной кишки (12,7%), цистодуоденальные фистулы (2,1%), флегмона желудка (2,1%), острый холецистит (1,06%), тромботические осложнения (3,2%), гнойный плеврит (1,06%).

Результаты и их обсуждение Осложнения «открытых» операций при тяжелом панкреатите возникают в 31,6%, летальность составила 34%. Основными причинами операционных и ранних послеоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите являются инфильтративный процесс в зоне вмешательства, вовлечение в гнойный очаг стенки полого органа, деструкция стенки главного панкреатического протока и узурация сосудов. Важнейшими мерами профилактики осложнений являются адекватный доступ и надежная дифференцировка тканей во время операции, ненасильственное удаление лишь свободно лежащих секвестров, отказ от удаления некрозов острым путем, санационные релапаротомии под общей анестезией каждые 48-72 часа. Лечебная тактика при возникновении осложнений «открытого» живота отличается разнообразием, может быть консервативной или оперативной, резекционной или паллиативной, и зависит от местных изменений в зоне операции, наличия полиорганной недостаточности.

Выводы Представленные результаты лечения осложнений «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите достигнуты благодаря применению разработанных в клинике принципов ведения больных тяжелым острым панкреатитом на всех этапах его лечения.

Ключевые слова Острый панкреатит, послеоперационные осложнения

Acute Severe Pancreatitis Intra and Early Post Open Packing Operation Complications

V.P. GLABAI*, A.V. ARKHAROV*, A.I. ALIEV*, B.T. IUNUSOV*, A.G. KESHISHEV**, A.A. VILENSKII**, G.A. PETROSIAN*, V.N. ABRAMOV**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation*
Clinical Hospital № 53, Moscow, Russian Federation**

Relevance The need to determine the frequency of occurrence of a specific type of complication of "open" operations in severe pancreatitis, the timeliness of their recognition, the definition of the indications for surgical or conservative treatment of intraoperative and early postoperative complications, the choice of surgical methods, the development of principles of postoperative management and rehabilitation of such patients.

The purpose of the study Was to improve the results of the use of "open" surgery in patients with acute severe pancreatitis.

Materials and Methods 6844 patients with acute pancreatitis were under surveillance for the last 20 years. 493 (7,3%) of them underwent surgical treatment. 322 had an "open" operative intervention, and in 102 (31.6%) identified 197 intraoperative or early postoperative complications. Lien trauma was revealed intraoperatively with 7 patients, 3 cyst bleeding after dissection, 1 splenic artery bleeding and 1 parenchymal splenic bleeding. Among the early postoperative complications were revealed: arrosive hemorrhage 30,8%; pancreatic fistulas 19,1%; hollow organ fistulas – stomach 7,4%, duodenum 5,3%, small intestine 3,2%, colon 12,7%, cystoduodenal fistulas 2,1%, stomach phlegmon 2,1%, acute cholecystitis 1,06%, trombotic complications 3,2%, purulent pleuritis 1,06%.

Results and their discussion The main reason for acute severe pancreatitis intra and early post open packing operation complications are the infiltration process on the intervention area, the involvement of the hollow organ wall into the purulent process, vessel deformation and the destruction of the pancreatic duct disruption. The primary prophylactic measures of the complications are adequate access, certain intraoperative tissue differentiation, unconfined sequestrum elimination without force, the rejection of the acute removal of the necrotic tissues and the sanation relaparotomy with the application of local anesthesia each 48-72 hours.

The treatment tactics of the open packing operation complications is quite diversified and can be either conservative or operative, palliative or resective and depend on the local changes in the intervention area and polyorganic deficiency presence.

Conclusion *The results of the treatment "open" packing operations complications in severe acute pancreatitis are achieved through the use of our clinical guidelines developed in the management of patients with severe acute pancreatitis in all phases of treatment.*

Key words *Acute pancreatitis, post-operative complications*

Тяжелые формы острого панкреатита встречаются в 5-15% наблюдений всех случаев заболевания [10]. В 1992 году в Атланте был достигнут консенсус в определении тяжелого панкреатита и к нему относят больных, у которых основное заболевание сопровождается органной недостаточностью и/или инфицированием забрюшинного пространства, нагноением постнекротической кисты или образованием абсцесса поджелудочной железы [5].

Рекомендации Международной ассоциации панкреатологов подчеркивают возможность использования для хирургического лечения тяжелого панкреатита как минимально инвазивных, так и «открытых» вмешательств [12].

Анализ специальной литературы показал, что имеются сторонники как первого [2, 6, 8,], так и второго метода [5]. Однако, как также отмечено в рекомендациях Международной ассоциации панкреатологов (2002) и подтверждается целым рядом научных сообществ [4], эффективность минимальноинвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе требует дальнейшего мультицентрического изучения и рандомизированного исследования.

Наблюдения ряда исследователей показали, что минимальноинвазивные или «закрытые» методы лечения инфицированного панкреонекроза безуспешны в 50–75% наблюдений и показаны лишь при отграниченных очагах [3], что дало основание отдельным хирургам вообще отказаться от них [9].

Для «открытого» хирургического лечения панкреатита тяжелого течения, который встречается в 10% случаев при стерильном панкреонекрозе и всегда при инфицированном, применяются такие методы как: открытая секвестрэктомия и релапаротомия «по требованию» [Zipper technology], открытая секвестрэктомия с закрытым постоянным лаважом и программированной релапаротомией [Ulm procedure], открытая секвестрэктомия с тампонадой - «открытый живот» [Open packing], открытая секвестрэктомия и «закрытый живот» [Warchaw].

Важнейшим аргументом сторонников «закрытых» методов лечения является меньшая частота осложнений, при этом к ним не относят безуспешность процедуры и учитывают, чаще всего, лишь кровотечения и перфорацию полых органов, и не принимают во внимание факт ее выполнения у наименее тяжелой группы больных при отграниченных формах панкреонекроза. Вместе с тем, частота осложнений и летальность после «открытых» и минимальноинвазивных

вмешательств при тяжелом панкреатите существенно не различаются [7, 11].

Исходя из приведенного, актуальность проблемы подтверждают такие требования практических хирургов, как необходимость определения частоты возникновения конкретного вида осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите, своевременность их распознавания, определение показаний для хирургического или консервативного лечения интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений этих операций, выбор рационального вида хирургического пособия, разработка принципов послеоперационного ведения и реабилитации подобных больных.

Целью исследования явилось улучшение результатов применения «открытых» операций у больных тяжелым панкреатитом.

Материалы и методы

За последние 20 лет в клинику поступило 6844 больных острым панкреатитом, 493 (7.3%) подвергнуты хирургическому лечению, 322 выполнено «открытое» оперативное вмешательство и 176 пунктирно-катетеризационное. Из 322 больных, оперированных «открытым» способом 293 (91%) страдали различными видами инфицированного панкреонекроза и 29 (9%) стерильным, сопровождающимся полиорганной недостаточностью.

У 102 (31.6%) больных в ближайшем послеоперационном периоде после перенесенной «открытой» операции возникло 197 осложнений, которые потребовали либо потребуют в дальнейшем хирургического лечения. Среди этой группы больных умерло 35, что составило 34%.

В зависимости от времени возникновения осложнений они разделены на 3 группы:

1. Интраоперационные осложнения – осложнения, возникшие непосредственно во время хирургического вмешательства;
2. Ранние послеоперационные осложнения – осложнения, возникшие в течение 4 недель после первой операции;
3. «Отсроченные» осложнения – осложнения, возникшие или развивающиеся в ближайшее время после операции, но требующие хирургического лечения в отдаленные сроки.

Оправданно подчеркнуть, что анализу подвергались лишь, так называемые, «хирургические» осложнения «открытой» секвестрэктомии, и не изучались такие осложнения как пневмония, сердечно-сосуди-

стые осложнения и послеоперационная органная недостаточность, которая существовала практически у всех больных до хирургического вмешательства и могла нарастать в ближайшем послеоперационном периоде.

Установлено, что у 80 больных возникли осложнения, относящиеся к одной группе, у 22 были осложнения, относящиеся к разным группам, из них у 3 были осложнения всех 3 групп, у 20 интраоперационные и ранние, у 13 ранние и отсроченные, у 2 интраоперационные и отсроченные

Интраоперационные осложнения возникли в 12 случаях, ранних послеоперационных осложнений было 94 и отсроченных 91. В исследование не включены отсроченные осложнения, относящиеся, в основном, к хирургии хронического панкреатита и послеоперационных вентральных грыж.

Среди интраоперационных осложнений у 7 была травма селезенки, кровотечение из кисты поджелудочной железы при ее вскрытии у 3, кровотечение из селезеночной артерии 1 и кровотечение из ткани железы 1.

Из ранних послеоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите нам встретились аррозивные кровотечения (30,8%), панкреатические фистулы (19,1%), свищи полых органов - желудка (7,4%), двенадцатиперстной кишки (5,3%), тонкой кишки (3,2%), ободочной кишки (12,7%), цистодуоденальные фистулы (2,1%), флегмона желудка (2,1%), абсцессы (9,5%), а также спаечная тонкокишечная непроходимость (2,1%), острый холецистит (1,06%), тромботические осложнения (3,2%), гнойный плеврит 1,06%.

Результаты и их обсуждение

Большинству больных (64) при первичной операции был выполнен двухподреберный доступ и послеоперационное ведение осуществлялось с помощью метода «открытого» живота, а другим 38 средняя лапаротомия с дополнительными доступами в правом или левом подреберье. Как правило, больные со срединным доступом были переведены из других лечебных учреждений с уже выполненной первичной операций либо были оперированы нами в неотложном порядке в связи с перитонитом не установленной этиологии. Дополнительные доступы в правом и/или левом подреберье были выполнены нами вынужденно для наилучшего дренирования гнойных очагов правого или левого забрюшинного пространства. Принципиальной разницы в частоте возникновения послеоперационных осложнений «открытых» операций в зависимости от доступа нами не установлено.

Важно подчеркнуть, что возникновение осложнений при применении метода «открытого» живота для лечения тяжелого панкреатита возможно на любом этапе лечения больных. Также, по нашему мнению, главной причиной интраоперационных осложнений служили не столько действия хирурга, сколько выра-

женные воспалительные изменения как самой железы, так и окружающих тканей, с вовлечением в образующиеся конгломераты соседних органов и содружественными воспалительными их изменениями, что, в свою очередь, предопределяло развитие осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Из сказанного следует, что признать ряд осложнений, возникших после операции при тяжелом панкреатите как осложнения операции можно лишь условно, поскольку предпосылки к их развитию заложены течением заболевания. Наши наблюдения показали, что имеется прямая зависимость срока заболевания, распространенности нагноения поджелудочной железы и забрюшинного пространства, и частоты операционных и ранних послеоперационных осложнений «открытой» операции.

Важнейшее значение в профилактике интра- и ранних послеоперационных осложнений придаем технологии операции, направленной на создание единой полости сальниковой сумки и правого и/или левого забрюшинного пространства с помощью широкого двухподреберного доступа, тщательной дифференцировки тканей во время операции, следованию разработанным в клинике техническим приемам выделения поджелудочной железы, раскрытия правого и/или левого забрюшинного пространства, вскрытию скоплений и затеков при первичной операции, ненасильственному удалению лишь свободно лежащих секвестров и полному отказу от некрэктомии острым путем, рациональному послеоперационному реанимационному обеспечению, включающему антибиотикотерапию и профилактику острых язв желудочно-кишечного тракта и кровотечений из них, санационным перевязкам каждые 48–72 часа со сменой тампонов, использованию длительной назоинтестинальной интубации для декомпрессии, лаважа, деконтаминации кишечника, устранения внутрибрюшной гипертензии и в последующем энтерального питания.

При программированных санациях наблюдали значительное снижение количества очагов, первично определяемых как некрозы, а также, если они сохранялись, их регресс, уменьшение глубины и степени поражения, а иногда и полное исчезновение. На этом свойстве некрозов как непосредственно самой железы, так и окружающих тканей и основано обоснование предпочтительности органосохраняющих операций при инфицированном панкреонекрозе, что также снижает частоту интра- и ранних послеоперационных осложнений.

При выявлении распространения гнойного процесса на левую параколическую клетчатку, мобилизуется селезеночный изгиб ободочной кишки как для левосторонней гемиколэктомии. Главная опасность на этом этапе – травма селезенки, вовлеченной в воспалительный инфильтрат, исходящий из сальниковой сумки и распространяющийся на левое поддиафрагмальное и забрюшинное пространство. Данное ос-

ложение встретилось в 7 наблюдениях. Изучение этих клинических случаев обратило на себя внимание двумя обстоятельствами. Во-первых, травма селезенки произошла у опытных хирургов и, во-вторых, у всех 7 подобных больных достигнуты благоприятные результаты и они выписаны из клиники спустя 90-132 дня после операции и выполнения им от 7 до 18 этапных санаций под общей анестезией.

Отсутствие летальных исходов у этой группы больных можно объяснить лишь полноценным санированием забрюшинного и левого поддиафрагмального пространств, а спленэктомия устраняла условия для формирования затеков и отрочков гнойников в левом забрюшинном пространстве. Кроме того, отсутствие селезенки значительно упрощало проведение этапных санаций, промывание единой полости сальниковой сумки, левого забрюшинного и поддиафрагмального пространств.

О склонности несформированных кист к осложнению кровотечением, особенно при их инфицировании, сообщают отдельные исследователи [1]. Однако, о профузном кровотечении из подобных кист при их вскрытии для наружного дренирования указаний в специальной литературе нами не обнаружено. Наблюдали 3 таких больных и во всех случаях удалось остановить кровотечение после широкого вскрытия кисты и прошивания кровоточащего сосуда. Мы также имеем опыт наблюдения за еще 5 больными с кровотечением в кисту при хроническом панкреатите. Этот опыт показывает, что оптимальным вариантом операции для надежного устранения причины кровотечения в кисту поджелудочной железы является резекция органа «слева направо» или «справа налево».

В то же время, прошивание кровоточащего сосуда в кисте должно быть в арсенале хирурга, как пособие, позволяющее спасти жизнь больного.

Аррозивные кровотечения, возникающие из крупных сосудов брюшной полости, составили треть всех ранних послеоперационных осложнений и несли наибольшую угрозу жизни больного, причем, в большинстве случаев, не вследствие массивности, а из-за трудности их ликвидации, поскольку сосуды залегают глубоко, находятся в гнойной полости, визуализация их, как правило, оказывается неубедительной.

Весьма характерны для панкреонекроза, подвергнутого операции или нет, желудочно-кишечные кровотечения из острых язв и эрозий, а также «панкреатогенных» язв двенадцатиперстной кишки или желудка, возникающих вследствие выключения поступления тормозящего желудочную секрецию панкреатического секрета в желудочно-кишечный тракт. В связи с этим в программу консервативного лечения и послеоперационного ведения подобных больных в обязательном порядке включаются противоязвенные препараты, препятствующие развитию язв, эрозий и кровотечений. Среди анализируемых клинических наблюдений было 23 подобных больных и практиче-

ски во всех случаях с желудочно-кишечным кровотечением удалось справиться консервативно с помощью антацидной, заместительной терапии и, самое важное, эндоскопической остановкой кровотечения. Вместе с тем, мы не исключаем возможности использования хирургической операции при неэффективности консервативного лечения, эндоскопической остановки или рецидиве кровотечения. В одном наблюдении нам удалось с трудом прошить кровоточащий сосуд после гастротомии и в еще одном случае пришлось выполнить резекцию желудка.

Панкреатические свищи, как было указано выше, были диагностированы у 20 больных и в 18 (90%) наблюдениях они излечены консервативной терапией. Успех консервативного лечения может быть предсказан после фистулографии и магнитнорезонансной-панкреатографии, указывающих на взаимоотношение свищевого хода и главного панкреатического протока, обнаруживающих перерыв последнего или препятствия оттоку панкреатического секрета. Лишь 2 больных в отдаленном периоде были оперированы.

Вторым по частоте встречаемости осложнением (12 больных, 12,7%) среди дигестивных свищей в нашем исследовании были толстокишечные свищи и из этого числа больных умерло 9. Мы не склонны связывать высокую летальность исключительно с существованием толстокишечного свища и в большей степени соотносим ее с тяжестью течения панкреонекроза, длительностью заболевания, иногда, с запоздалым и малоэффективным оперативным пособием, с неполной санацией гнойных очагов. С другой стороны, можно утверждать, что развитие толстокишечного свища в раннем послеоперационном периоде является неблагоприятным прогностическим признаком, сопряженным с высокой летальностью.

Среди причин формирования толстокишечных свищей можно выделить: синдром кишечной недостаточности, проявляющийся послеоперационным парезом, вздутием кишки и, как следствие, ишемией стенки кишечной трубки; отсутствие пассажа и пролежни стенки кишки каловым содержимым; полиорганную недостаточность; гипопротеинемию и на этом фоне образование острых язв стенки кишки; синдром интраабдоминальной гипертензии и компрессию полых органов с последующим нарушением микроциркуляции и тромбообразованием в мелких сосудах, ишемией кишечной стенки, венозный стаз вследствие изменения гемодинамики при компартмент-синдроме. Также дигестивные свищи могут образоваться вследствие пролежня стенки дренажами, в результате прорыва внутрибрюшного гнойника в полость желудка или кишки, к формированию свища может привести длительный контакт задней поверхности ободочной кишки и гнойного очага поджелудочной железы.

Оперативные вмешательства, выполненные нами при выявлении толстокишечных свищей в раннем по-

слеоперационном периоде заключались: а) в ушивании свища и отграничении тампонами в 2 наблюдениях; б) в отграничении тампонами в 3 наблюдениях и консервативной терапии; в) трансверзостомии и ушивании дефекта у 4 больных; г) илеотрансверзостомии и ушивании дефекта толстой кишки у 1 больного; д) трансверзостомии и отключении свища в 2 наблюдениях.

Подобное разнообразие хирургических пособий объясняется возникающими после операции анатомическими взаимоотношениями, возникновением «панцирного живота», выраженностью воспалительного процесса в забрюшинном пространстве, что приводит к малоподвижности толстой кишки, невозможности ее мобилизации и выведения. Кроме того, толстокишечные свищи возникали на 14 – 30 день после операции и в этом случае выполнение релапаротомии из-за спаечного процесса резко затруднено, что исключало наложение обходных анастомозов. Таким образом, по нашему мнению, хирургическое лечение свищей толстой кишки в силу высказанных соображений, бывает затруднительным и не всегда характер избранного вида лечения можно признать однозначно адекватным. В отдельных случаях лечебная тактика определялась «экспертным мнением», когда вынужденно приходилось использовать консервативное лечение с помощью отграничения тампонами из-за невозможности выведения кишки со свищем на переднюю брюшную стенку, выполнение резекции кишки, несущей свищ или его выключение. Как показали наши наблюдения, в большей степени успех консервативного метода лечения толстокишечных свищей достигим при отграниченных формах инфицированного панкреонекроза, когда нет полиорганной недостаточности. Однако, в одном из наших наблюдений при инфицированном панкреонекрозе без тенденции к отграничению, после операции, осложнившейся толстокишечным свищем, был получен благоприятный результат.

Следующими по частоте из числа дигестивных свищей являются желудочные свищи и свищи двенадцатиперстной кишки. В нашей работе желудочные свищи встретились в 7 (7,4%) наблюдениях, свищи двенадцатиперстной кишки в 5 (5,3%). Свищи данной локализации представляют собой наиболее опасное осложнение течения инфицированного панкреонекроза, так как, в отличие от свищей толстой кишки, приводят к быстрому истощению больного вследствие высокого дебета сбрасываемого содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. Развиваются они, чаще всего, у самой тяжелой группы больных в фазе гнойного расплавления и секвестрации поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Однако, в одном из наших наблюдений возникновение желудочного свища мы связываем с мобилизацией желудка для вскрытия сальниковой сумки и захватом стенки желудка в зажим, и последующим некрозом этого участка стенки органа. Еще в одном случае наступил некроз стенки с

образованием флегмоны большой кривизны желудка. Возможно, у этого больного было нарушено кровоснабжение желудка вследствие тромбоза сосудов большой кривизны желудка. Фистулы также могут образовываться вследствие пролежня стенки полого органа дренажами, в результате прорыва внутрибрюшного гнойника в полость желудка или кишки, перфорации стенки этих органов при наличии острых язв.

В группе больных с желудочными свищами преобладало консервативное лечение с помощью энтерального питания через тонкий назоюнональный зонд, установленный в пищеварительный тракт ниже уровня свища при гастродуоденоскопии или интраоперационно. В результате у 5 больных мы добились закрытия свищевого хода. В еще 2-х наблюдениях больные были оперированы, в одном случае выполнена продольная резекция желудка с удалением флегмонозно измененной большой кривизны с положительным эффектом. Из этой группы больных умер лишь 1.

Другим тяжелым осложнением, с которым мы встретились в своей работе, было возникновение свищей двенадцатиперстной кишки, причинами которых являются расплавление одной из стенок кишки и/или острые язвы с перфорацией.

Следует отметить, что в наших исследованиях у больных с дуоденальными свищами отмечена 100% летальность. В одном из 5 наблюдений предпринималась попытка ушивания свища, в другом вначале выполнено ушивание, а при релапаротомии выключение двенадцатиперстной кишки со свищем с помощью наложения гастроэнтероанастомоза, прошивания желудка на уровне привратника и холецистостомы, в остальных 3 наблюдениях выполнены резекции желудка по Ру, направленные на выключение двенадцатиперстной кишки.

Более легкое течение имеют цистодуоденальные свищи, которые представлены в двух наблюдениях (2,1%), причем без летальных исходов. Фактически природа самостоятельно создала цистодуоденоанастомоз. С одной стороны это можно рассматривать как самоизлечение, однако, что приходилось наблюдать у больных, ранее наблюдавшихся в других лечебных учреждениях, образовавшееся свищевое отверстие имеет малый калибр, возникает оно на фоне воспаления и пролиферации тканей, что в более поздние сроки неминуемо приводит к obturации хода и рецидиву кисты поджелудочной железы. Нечто подобное наблюдали также у больных, которым искусственно, с помощью гастродуоденоскопа, создавали точечное отверстие со стентированием или без него с немедленным разрешением содержимого кисты в просвет двенадцатиперстной кишки. И, если сиюминутный эффект легко достигался, то спустя 2-4 месяца отверстие или стент obtурировались и также наступал рецидив кисты, в связи с этим, мы расцениваем развитие цистодуоденального свища после перенесенной операции по поводу инфицированного панкреонекроза как осложнение,

Таблица 1

Варианты лечения осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите

| Осложнение | Количество | Лечение |
|------------------------|------------|---|
| Травма селезенки | 7 | Спленэктомия |
| Кровотечение из кисты | 3 | Резекция ПЖ, вскрытие кисты, прошивание сосуда. |
| Панкреатический свищ | 18 | Консервативное лечение, внутреннее дренирование, резекция ПЖ. |
| Толстокишечный свищ | 12 | Консервативное лечение, выведение на переднюю брюшную стенку, выключение обходным анастомозом, илеостомы. |
| Тонкокишечный свищ | 3 | Резекция кишки, несущей свищ, одно- или двустороннее отключение свища. |
| Желудочный свищ | 7 | Резекция желудка, гастростомия. |
| Дуоденальный свищ | 5 | Резекция желудка, выключение свища. |
| Цистодуоденальный свищ | 2 | Консервативное лечение. |
| Флегмона желудка | 2 | Резекция желудка. |
| Абсцессы | 9 | Пункционно-катетеризационные мероприятия подУЗ контролем. |

не несущее угрозы жизни больного и позволяющего в последующем оперировать больного при его благополучном состоянии и при менее выраженных местных воспалительных изменениях поджелудочной железы, что облегчает выполнение дренирующей операции или резекции органа.

Абсцессы занимают третье место после дигестивных свищей в структуре ранних послеоперационных осложнений, всего таких больных было 9 (9,5%). Возникновение абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства у больных, перенесших «открытую» операцию при панкреонекрозе, возможно на любом этапе лечения, что подтверждают наблюдения в сроки 6-8 месяцев после первичной операции. У 2 больных высказано предположение о недостаточном вскрытии и дренировании гнойных очагов при первичной операции и последующих санациях.

Также выявлялись и другие осложнения, встречаемые в общехирургической практике. Так, у 2 больных была ранняя спаечная непроходимость, у 3 больных выявлен флеботромбоз нижних конечностей, в 1 случае острый холецистит и у 1 больного гнойный плеврит. Все эти больные были успешно излечены консервативно или хирургической операцией.

Таким образом, в нашем исследовании 31,6% больных, перенесших панкреатнекрсеквестрэктомии, имели от 1 до 3 периоперационных осложнений, что послужило основанием выполнения 108 операций 102 больным, летальность при этом составила 34%.

Представленные, в целом обнадеживающие, результаты достигнуты благодаря применению разрабо-

танных в клинике принципов ведения больных тяжелым острым панкреатитом на всех этапах его лечения. Резюмируя, оправдано заметить, что выбор метода лечения осложнений «открытых» операций при некротическом тяжелом панкреатите отличается разнообразием и сопряжен со значительными тактическими и техническими трудностями. Варианты избранных нами видов лечения в подобных случаях представлен в таблице 1.

Выводы

1. Осложнения «открытых» операций при тяжелом панкреатите возникают в 31,6%. Важнейшими мерами профилактики осложнений являются адекватный доступ, чем достигается надежная дифференцировка тканей во время операции, ненасильственное удаление свободно лежащих секвестров, отказ от удаления некрозов острым путем, санационно-релапаротомии под общей анестезией каждые 48-72 часа.

2. Основными причинами развития интра- и ранних послеоперационных осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите являются деструкция стенки главного панкреатического протока, узурация сосудов и вовлечение в гнойный очаг стенки полого органа

3. Лечебная тактика при осложнениях «открытых» операций при тяжелом остром панкреатите отличается разнообразием, может быть консервативной или оперативной, резекционной или паллиативной и зависит от местных изменений в зоне операции, наличия полиорганной недостаточности.

Список литературы

1. Гришин И.Н., Грив В.Н., Лагодич С.Н. Кисты поджелудочной железы и их осложнения – Минск: Вышэйшая школа, 2009; 275.
2. Baron T.H., Thaggard W.G., Morgan D.E., Stanley R.J. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis *Gastroenterology*. 1996; 111: 755-764.
3. Beger H., Isenmann R. Surgical management of necrotising pancreatitis *Surg. Clin. North. Am.* 1999; 79: 783-800.
4. Benjamin P.T. Loveday, Anubhav Mittal, Anthony Philips, John A. Windsor. Minimally Invasive Management of Pancreatic Abscess, Pseudocyst: A Systematic Review of Current Guidelines. *World J.Surg.* 2008; 32: 2383 – 2394.
5. Bradley E.L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis *Arch. Surg.* 1993; 128: 586-590.
6. Carter R., McKay C., Imrie C. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in management of infected pancreatic necrosis: an initial experience *Ann. Surg.* 2001; 232: 175-180.
7. Connor S., Alexakis N., Raraty M.G. et al. Early and late complications after pancreatic necrosectomy *Surgery*. 2005; 137: 5: 499-505.
8. Freeny P.C., Hauptmann E., Althaus S.J. et al. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: techniques and results *AJR Am. J. Roentgenol.* – 1998; 170: 969-975.
9. Gooszen H.G. Surgery in acute pancreatitis: open versus minimal invasive Thesis of International conference of surgeons. Kaunas, Lithuania. 2007; 7-8.
10. Nicolas K.K.King, Ajith K.Siriwardena. European Survey of Surgical Strategies for the Management of Severe Acute Pancreatitis *Am. J. Gastroenterol.* 2004; 99: 719-728.
11. Rau B., Pralle U., Uhl W., et al. Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis *J. Am. Coll. Surg.* 1995; 181: 279-288.
12. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP Guidelanes for the surgical management of acute pancreatitis *Pancreatolgy.* 2002; 2: 565-573.

Поступила 23.12.2012 г.

References

1. Grishin I.N., Grits V.N., Lagodich S.N. *Kisty podzhehudochnoi zhelezy i ikh oslozhneniia* [Pancreatic cysts and their complications]. Minsk, Vysheishaiia shkola, 2009; 275 p. – (In Russian).
2. Baron T.H., Thaggard W.G., Morgan D.E., Stanley R.J. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis. *Gastroenterology*, 1996; 111: 755-764.
3. Beger H., Isenmann R. Surgical management of necrotising pancreatitis. *Surg. Clin. North. Am.*, 1999; 79: 783-800.
4. Benjamin P.T. Loveday, Anubhav Mittal, Anthony Philips, John A.Windsor. Minimally Invasive Management of Pancreatic Abscess, Pseudocyst : A Systematic Review of Current Guidelines. *World J.Surg.*, 2008; 32: 2383 – 2394.
5. Bradley E.L. III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch. Surg.*, 1993; 128: 586-590.
6. Carter R., McKay C., Imrie C. Percutaneous necrosectomy and sinus tract endoscopy in management of infected pancreatic necrosis: an initial experience. *Ann. Surg.*, 2001; 232: 175-180.
7. Connor S., Alexakis N., Raraty M.G. et al. Early and late complications after pancreatic necrosectomy. *Surgery*, 2005; 137: 5: 499-505.
8. Freeny P.C., Hauptmann E., Althaus S.J. et al. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: techniques and results. *AJR Am. J. Roentgenol.*, 1998; 170: 969-975.
9. Gooszen H.G. Surgery in acute pancreatitis: open versus minimal invasive. *Thesis of International conference of surgeons*. Kaunas, Lithuania, 2007; 7-8.
10. Nicolas K.K.King, Ajith K.Siriwardena. European Survey of Surgical Strategies for the Management of Severe Acute Pancreatitis. *Am. J. Gastroenterol.*, 2004; 99: 719-728.
11. Rau B., Pralle U., Uhl W., et al. Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis. *J. Am. Coll. Surg.*, 1995; 181: 279-288.
12. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP Guidelanes for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatolgy*, 2002; 2: 565-573.

Recieved 23.12.2012

Информация об авторах

1. Глабай Владимир Петрович – д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; e-mail: glabai@mail.ru
2. Архаров Александр Владимирович – к.м.н., асс. кафедры хирургии ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; e-mail: arharov-doc@mail.ru
3. Алиев Артур Икрамович – очный аспирант кафедры хирургии ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова; e-mail: sensus1@gmail.com
4. Юнусов Булат Тимирзянович – очный аспирант кафедры хирургии ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; e-mail: insatiate@yandex.ru
5. Кешишев Алексей Георгиевич – врач–хирург хирургического отделения, Городская клиническая больница №53 г. Москвы; e-mail: agkeshishev@gmail.com
6. Петросян Гор Акопович клинический ординатор кафедры хирургии ФППОВ Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; e-mail: goonar@list.ru
7. Виленский Алексей Александрович – врач–хирург хирургического отделения, Городская клиническая больница №53 г. Москвы; e-mail: agkeshishev@gmail.com
8. Абрамов Валерий Николаевич – зав. отделением реанимации, Городская клиническая больница №53 г. Москвы; e-mail: doc-abramov@yandex.ru

Information about the Authors

1. Glabai V. – MD, professor of surgery, Faculty of postgraduate professional training of physicians, Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: glabai@mail.ru
2. Arkharov A. – Phd, assistant in the department of surgery, Faculty of postgraduate professional training of physicians, Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: arharov-doc@mail.ru
3. Aliev A. – postgraduate, Chair of Surgery, Faculty of postgraduate professional training of physicians, Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: sensus1@gmail.com
4. Iunusov B. – postgraduate, Chair of Surgery, Faculty of postgraduate professional training of physicians, Sechenov First Moscow State Medical University; e-mail: insatiate@yandex.ru
5. Keshishev A. – surgeon of the clinical hospital № 53, Moscow; e-mail: agkeshishev@gmail.com
6. Vilenskii A. – surgeon of the clinical hospital № 53, Moscow; e-mail: a.vilenskiy@mail.ru
7. Petrosian Gor Akopovich – Faculty of postgraduate professional training of physicians, chair of surgery, Sechenov First Moscow State Medical University., resident of doctor; e-mail: goonar@list.ru
8. Abramov V. – chief of Department of Intensive Care, clinical hospital № 53, Moscow; e-mail: doc-abramov@yandex.ru