

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В СТАДИИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета

Острый панкреатит – одно из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости, причем сохраняется устойчивая тенденция к росту заболеваемости, особенно его тяжелыми формами. Несмотря на прогресс в технической и информационной оснащенности современных медицинских учреждений, диагностика деструктивных форм острого панкреатита еще остается недостаточно оперативной и полноценной. Названные причины, а также высокий уровень летальности при данной патологии делают острый деструктивный панкреатит одной из актуальнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии.

В 2005 году в клинике общей хирургии КубГМУ находились на лечении 44 больных с диагнозом «панкреонекроз в стадии гнойных осложнений», что выше, чем в предыдущие годы (2003 г. – 32 больных, 2002 г. – 23 больных, 2001 г. – 6 больных, 2000 г. – 6 больных, 1999 г. – 10 больных). Возросла и тяжесть поражения у поступающих больных: частой операционной находкой стал тотальный некроз поджелудочной железы (ПЖ) с развитием флегмоны забрюшинной клетчатки, в то время как в предыдущие годы чаще встречалось частичное поражение органа. Больные поступали в клинику как из районов края (19 больных – 43,2%), так и переводом из общехирургического отделения ККБ № 1 (25 больных – 56,8%) при безуспешности консервативного и лапароскопического методов лечения и развитии гнойных осложнений.

Лечение больных было комплексным и включало в себя хирургическое лечение и интенсивную терапию. Совокупность применяемых мероприятий интенсивной терапии охватывала антисекреторную терапию (октреотид), антибактериальную терапию, реологически активную и инфузионную терапию, энтеральную нутритивную поддержку. Хирургическое лечение включало в себя санацию и дренирование забрюшинной клетчатки (ЗБК) и сальниковой сумки (СС) по одному из методов – «закрытому» либо «открытому».

«Закрытый» метод применялся при наличии единичных отграниченных жидкостных скоплений без крупных секвестров и состоял в дренировании гнойников пункционно под УЗ- или рентгенологическим контролем либо лапароскопически. В случае неудачи «закрытого» лечения (при развитии забрюшинной флегмоны, множественных гнойных очагов, крупных секвестров) переходили на «открытый» метод. «Открытый» метод подразумевал раннее формирование оментобурсопанкреатостомы (при необходимости в сочетании с люмботомией) с целью выполнения программируемых ревизий и санаций ЗБК. Объем оперативного вмешательства планировался с обязательным учетом данных инструментальной визуализации ПЖ и ЗБК: рентгенологического исследования (фистулографии), ультразвуковой сонографии,

компьютерной томографии. В случае преимущественной локализации деструктивных изменений в области сальниковой сумки, в корне брыжейки поперечной ободочной кишки выполнялась лапаротомия с последующим формированием оментобурсостомы. При распространении гнойно-деструктивного процесса в боковые отделы ЗБК, в паранефральную, параколическую клетчатку лапаротомия дополнялась люмботомией с соответствующей стороны. Оментобурсопанкреатостомия производилась по разработанному в клинике общей хирургии методу.

Операция выполняется под наркозом. После верхнесреднесрединной лапаротомии производятся ревизия и санация брюшной полости, доступ в СС осуществляется путем рассечения желудочно-ободочной связки. Сальниковая сумка saniруется многократным промыванием растворами антисептиков, секвестры ПЖ и ЗБК удаляются механически (тупфером, дигитоклазией) и щадящей вакуумной аспирацией. При формировании стомы дополнительно поперечно рассекается левая (чаще) либо правая прямая мышца живота, и края рассеченной связки подшиваются к краям кожи, что позволяет осуществлять хороший доступ почти ко всем отделам СС и обеспечить малую травматичность повторных ее санаций. В сальниковую сумку проводили проточный поперечный дренаж. Брюшная полость дренировалась силиконовыми двухпросветными дренажами по общепринятой методике. Кроме того, проточный дренаж проводился вдоль ушиваемой лапаротомной раны, между брюшной стенкой и петлями кишечника, а при нерезецированном большом сальнике последний рассекался по средней линии на 2 листка по типу «ласточка хвоста» или подворачивался вверх. Данный дренаж эффективно функционирует при позиционном дренировании в положении на животе. В тех случаях, когда при ревизии обнаруживались гнойно-некротические затеки в области латеральных каналов, справа и слева от корня брыжейки тонкой кишки их вскрывали внебрюшинно дополнительными косоперечными люмботомными разрезами. При наличии явлений перитонита продольную лапаротомную рану ушивали редкими кожными широкозахватными швами и планировали повторные санации брюшной полости. Окончательное ушивание лапаротомной раны по завершении санаций осуществлялось с применением съемных дренирующих мышечно-апоневротических швов. В случаях, когда планировались длительные санации через люмботомный разрез, его превращали в люмбостому путем подшивания краев рассеченных мышц к коже.

Начиная со 2-го дня проводили регулярные ревизии и санации СС с периодичностью 24–48 часов. Благодаря применению методики широкой поперечной оментобурсостомии техника санации

значительно упрощается, отпадает необходимость в обезболивании. Для более эффективного осмотра СС довольно широко применяли детский ректоскоп. Использование оментобурсопанкреатостомы продолжалось обычно не более 20 дней. За это время при условии полноценных регулярных санаций секвестрация железы и забрюшинной клетчатки, как правило, завершается. После этого рана быстро спадается и подвергается заживлению.

Несмотря на наличие широкой оментобурсопанкреатостомы и оставление дренажей в брюшной полости, весьма острой остается проблема улучшения оттока экссудата. В связи с этим в послеоперационном периоде широко применяли разработанный в клинике метод позиционного дренирования, который заключался в следующем. Больных укладывали на специальную функциональную кровать, имеющую окно в центре матраца для выведения дренажей и свободного свисания живота. В этом положении и осуществляли дальнейшее лечение, причем выполняли чередование положений на животе, спине и боку (по 1 часу в каждом положении). Несмотря на кажущиеся неудобства, больные быстро привыкали и даже спали в этих позициях. В положении пациента на животе экссудат эффективно вытекал через стому, и секвестры выделялись свободно. Критерием для перевода больного в традиционное положение на спине служило купирование либо значительное стихание гнойного процесса при панкреонекрозе.

Благодаря включению метода позиционного дренирования, подразумевающего раннюю активизацию больного, в комплекс лечебных мероприятий при панкреонекрозе удалось снизить частоту осложнений (гипостатические пневмонии, остаточные внутрибрюшные гнойные полости) и полностью ликвидировать в структуре осложнений пролежни.

В 18 случаях (40,9% всех больных) хирургическое лечение начинали по «закрытому» методу. В 3 случаях (16,7%) такое лечение было успешным и достаточным. Однако в 15 случаях (83,3%) данный метод, к сожалению, оказался неэффективным: продолжалось распространение гнойного расплавления ЗБК, сохранялись жидкостные недренированные образования, прогрессировали клинико-лабораторные признаки воспаления. Поэтому была произведена конверсия в «открытое» лечение. Необходимо отметить, что, если конверсионные операции были проведены достаточно поздно (31,0±4,7 суток от момента первичной госпитализации), их эффективность значительно снижалась. При первоначальном выборе «закрытого» метода для лечения панкреонекроза летальный исход наблюдался в 8 случаях (44,4% больных).

У 26 больных (59,1%) был применен «открытый» метод хирургического лечения. В этих случаях средний срок выполнения оментобурсопанкреатостомии составил 24,1±2,9 суток. Летальных исходов в этой группе больных было 9 (34,6%).

Общее количество умерших больных составило 17 (летальность – 38,7%). Основной причиной смерти в ранние сроки после операции явились септический шок, обусловленный тяжелым распространенным гнойно-некротическим процессом с высокой степенью токсемии, и полиорганная дисфункция. В более поздние сроки причиной смерти в основном служили

прогрессирующие гнойно-септические осложнения (разлитой перитонит, обширная флегмона ЗБК).

Таким образом, первоначально неадекватный выбор метода хирургического лечения панкреонекроза и, как следствие, запоздавшая конверсия в открытую операцию ведут к неоправданно большой потере времени и значительно повышают вероятность развития тяжелых осложнений – сепсиса и тяжелой полиорганной недостаточности. В связи с этим более оправданным представляется своевременное выполнение при развитии гнойных осложнений панкреонекроза радикальной дренирующей операции – оментобурсопанкреатостомии с осуществлением программируемых санаций сальной сумки и забрюшинной клетчатки. Кроме того, тактически целесообразным и экономически выгодным представляется включение в комплекс лечебных мероприятий при панкреонекрозе методики позиционного дренирования.

Поступила 12.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурневич С. З., Гельфанд Б. Р., Орлов Б. Б., Цыденжапов Е. Ц. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Вестник хирургии. 2000. Т. 159, № 2. С. 116–121.
2. Бурневич С. З., Орлов Б. Б., Игнатенко Ю. Н. К вопросу о дифференцированных показаниях и сроках хирургического вмешательства при различных формах панкреонекроза // Анналы хирургии. 2003. № 2. С. 64–69.
3. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1996. 416 с.
4. Ермолов А. С., Иванов П. А., Гришин А. В., Благовестнов Д. А. Современные патогенетические подходы в лечении острого панкреатита // Актуальные проблемы неотложной хирургии: Материалы выездного пленума проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии РАМН. М. – Ставрополь, 2006.
5. Кубышкин В. А. Дренирующие операции при остром панкреатите // Хирургия. 1996. № 1. С. 29–32.

**YU. P. SAVCHENKO, V. M. BENSMAN,
A. M. PLAKSIN, I. V. GOLIKOV**

SURGICAL TREATMENT OF PANCREONECROSIS IN THE STAGE OF PURULENT COMPLICATIONS

There were 44 patient with purulent complications of pancreonecrosis in clinic. Results of their treatment are presented. The method of surgical treatment and postoperative period management are discussed. It was demonstrated that opened early method of treatment is preferred in cases of extensive purulent complications of pancreonecrosis.

Key words: purulent complications of pancreonecrosis, laparostomy.