

ESTIMATION OF WEIGHT OF A CONDITION OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

A.L. LOCTIONOV, D.P. NAZARENKO, P.M. NAZARENKO

Summary

On the basis of the retrospective analysis of 184 case of history of patients with acute pancreatitis, by means of a technique of consecutive diagnostic procedure, the scale of an estimation of weight of a condition of patients with acute pancreatitis is developed. Weight of a condition directly depend on scale of defeat of a pancreas.

Key words: acute pancreatitis, weight of a condition.

УДК 616.37-002-06-089

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Д.П. НАЗАРЕНКО*

Острый панкреатит (ОП) является одной из наиболее сложных проблем хирургии. В 75–85% наблюдений ОП характеризуется благоприятным течением, а в 15–25% случаев носит деструктивный характер [1]. Наиболее сложной проблемой является лечение острого деструктивного панкреатита (ОДП) с поражением клетчатки брюшинного пространства. Определение оптимального варианта лечения этих больных является чрезвычайно актуальной проблемой [3]. Несвоевременное хирургическое вмешательство приводит к прогрессированию деструктивного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) и парапанкреатической клетчатке (ППК) с расплавлением и обширной секвестрацией тканей в условиях гнилостно-некротического процесса. Отсутствие условий для отхождения секвестров, эвакуации тканевого детрита и гноя приводит к развитию тяжелой интоксикации, являющейся основной причиной смерти этих больных [2].

Цель работы – создание и анализ способов дренирования салниковой сумки и брюшинного пространства.

Материалы и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 56 больных с крупномасштабным панкреонекрозом (ПН), с вовлечением в патологический процесс парапанкреатической и брюшинной клетчатки (ЗБК), что составило 15,5% от общего числа (361 пациент) наблюдаемых больных с ОП, находившихся на лечении в базовых лечебных учреждениях кафедры хирургических болезней № 2. Это была наиболее тяжелая группа больных, которая, в основном, и определяет процент высокой летальности при ОДП. Больным проводилось комплексное клинико-лабораторное исследование, выполнялась ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ, ФГДС, лапароскопия, по показаниям КТ. Производили бактериологическое исследование содержимого из очагов ПН, полученного путем пункции тонкой иглой под УЗИ контролем.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, сопутствующей патологии, но различающиеся способами дренирования очагов деструкции. В 1-й группе (39 больных) для дренирования применялись дренажные конструкции, состоящие из полоски перчатки, трубки, тампонов, во 2-й (17 больных) – использовали разработанное нами устройство (патент на полезную модель № 38289) и предложенными способами (патент на изобретение № 2757920, положительное решение на выдачу патента по заявке № 2004122489/14 (024265)).

Результаты исследования. Показаниями к лапаротомии при ОДП были: бактериальный перитонит, неэффективность комплексной консервативной терапии в сочетании с лапароскопическим дренированием брюшной полости, гнойно-септические осложнения (расплавление и секвестрация ПЖ, флегмона ЗБК).

Основную цель операции видели в хирургической детоксикации путем удаления токсического выпота, омертвевших тканей, секвестров, гноя. Иссечение некротизированных участков ПЖ производили с большой осторожностью, так как мы убедились в отсутствии четких критериев разграничивающих жизнеспособные и нежизнеспособные ткани ПЖ. Мы пришли к выво-

ду, что оптимальным сроком начала проведения некрэксеквестрэктомии являются 14–21 сутки после развития панкреонекроза.

Наш опыт, согласующийся с данными [3, 4], показал, что судьба больных ОП во многом определяется не только глубиной поражения тканей железы, но и обширностью вовлечения в некротический процесс ППК и ЗБК. Она является постоянным источником эндогенной интоксикации, служит благоприятной средой для развития нагноительных процессов. У всех больных наблюдалось поражение клетчатки, окружающей ПЖ, ЗБК

На локализацию ферментативного некроза ЗБК оказывало влияние степень поражения тех или иных отделов ПЖ. При некрозе тела и хвоста ПЖ ферментативному поражению подверглась большая клетчатка левой половины брюшинного пространства, при поражении головки ПЖ – клетчатка правой половины, при субтотально-тотальном панкреонекрозе – вся ЗБК.

Нами применяется методика удаления ферментативно-некротизированной ППК и ЗБК: после широкого рассечения желудочно-ободочной связки вдоль верхнего и нижнего края ПЖ рассекалась париетальная брюшина и с помощью тупферов, инструментов, дигитоклазии удалялась ППК, затем – некротизированные участки клетчатки в области брыжейки ободочной кишки, что особенно важно у тучных больных, у которых жировая клетчатка в этом месте развита избыточно. Далее мобилизуют нисходящую часть ободочной кишки, и удаляется пораженная параколитическая, паранефральная клетчатка слева. Пространство после удаления клетчатки промывается раствором фурацилина. Возникающее кровотечение останавливали наложением лигатур, электрокоагуляцией, марлевыми тампонами, смоченными перекисью водорода. Затем начиналась широкая мобилизация 12-перстной кишки (ДПК). Удалялась пораженная парадоденальная клетчатка и, по возможности, некротизированные участки головки ПЖ. Затем рассекалась париетальная брюшина по ходу восходящего отдела толстой кишки и удалялась пораженная клетчатка справа и слева.

После окончания удаления ППК и брюшинной клетчатки вели дренирование ложа ПЖ, брюшинного пространства и брюшной полости у больных 1-й группы по методике: в парапанкреатическое пространство укладывались мазевые тампоны, один – по верхнему, другой – по нижнему краю ПЖ, а затем сверху на ПЖ укладывались два перчаточного-трубчатых дренажа, один из которых вместе с тампонами выводился в левое подреберье по задней подмышечной линии, у лиц 2-й группы – через срединную рану. Формировалась оментобурсостома на дренажах. Брюшинное пространство слева дренировалось перчаточного-трубчатый дренажом, клали мазевые тампоны, выводимые на боковую стенку живота. Для отграничения нижнего этажа брюшной полости от брюшинного пространства восстанавливали целостность париетальной брюшины; вели дренирование парадоденального и правого брюшинного пространства. За ДПК, к задней поверхности головки ПЖ, укладывали мазевый тампон, перчаточного-трубчатый дренаж, которые ставили позади восходящей ободочной кишки, и дренажи выводили через правый боковой отдел живота на уровне задней подмышечной линии. Париетальная брюшина по ходу восходящей кишки закрывалась узловыми швами. Нижний этаж брюшной полости промывали раствором фурацилина и дренировался через правую и левую подвздошные области перчаточного-трубчатыми дренажами. Лапаротомический разрез послойно ушивали до дренажей.

В таком объеме оперативное вмешательство выполнялось в случаях тотального ферментативного некроза ЗБК (8 чел.), в др. случаях объем операции выбирался с учетом локализации некроза ЗБК. У 14 чел. удалялась ЗБК только справа, у 17 – слева. У 19 больных 1-й группы возникла необходимость в релапаротомии для ликвидации гнойно-септических осложнений. Использование перчаточного-трубчатых дренажей показало, что это далеко от совершенства. Наблюдается осумкование отторгающихся участков клетчатки брюшинного пространства, отграничение дренажей тканями, что нарушает отток экссудата из брюшинного пространства, и, по сути, дренируются только лишь локальные участки в месте стояния дренажей. Еще более серьезные трудности возникают при необходимости удаления секвестров ПЖ. При проведении релапаротомий салниковая сумка всегда была запаяна, а в области ПЖ имелся ряд гнойных полостей, содержащих секвестры. Из-за воспалительной инфильтрации возникали значительные технические трудности в дифференцировании

* Курский государственный медицинский университет

важных топографоанатомических образований – желудка, ободочной кишки, ее брыжейки, крупных сосудов, что создает опасность их повреждения. Нагноение очагов панкреонекроза неминуемо расширяет масштаб поражения в результате развивающегося вторичного некроза, вызванного жизнедеятельностью патогенной микробной флоры. Некротические ткани находятся на разной стадии созревания и вследствие этого формирование, отграничение секвестров происходит на протяжении длительного времени, что требует проведения этапных некрсеквестрэктомий. Становится актуальным вопрос проведения этапных некрсеквестрэктомий с минимальной анестезиологической и хирургической агрессией. Вероятность развития септического [5] шока прямо пропорциональна травматичности вмешательства.

В 1-й группе умерло 14 больных (35,9%). Причиной летального исхода у двоих было аррозивное кровотечение, у одного – тромбоэмболия легочной артерии, у одного больного образовался дуоденальный свищ; 10 больных погибли от гнойно-септических осложнений. Результаты лечения 1-й группы больных побудили к разработке дренажных устройств, которые сохраняли бы единую полость в сальниковой сумке и забрюшинных каналах после удаления клетчатки, облегчали бы доступы к гнойно-некротическим очагам, исключали бы релапаротомии. Нами предложен способ (патент на изобретение №2257920) и устройство (патент на полезную модель № 38289) для дренирования сальниковой сумки. Устройство состоит из резинового баллона 1 с трубкой 2 для нагнетания воздуха, ограничителями 3 на концах баллона и расположенными по верхнему и нижнему краю баллона дренажными трубками 4 (рис. 1).

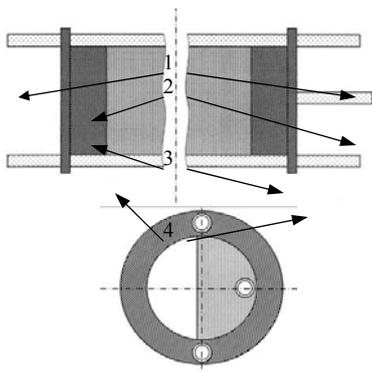


Рис. 1. Устройство для дренирования сальниковой сумки

Способ дренирования сальниковой сумки предложенным устройством осуществляется следующим образом: во время оперативного вмешательства проводим широкое вскрытие сальниковой сумки путем рассечения желудочно-ободочной связки, производим абдоминализацию ПЖ, удаляем некротизированную клетчатку, после чего в сальниковую сумку устанавливаем резиновый баллон 1, который, располагаясь между задней стенкой желудка, ПЖ, ободочной кишкой и ее корнем препятствует их спайке между собой. Этот эффект дополнительно усиливается периодическим раздуванием баллона (2 раза в сутки) через трубку 2 воздухом до давления 20 мм рт. ст. Параллельно с баллоном устанавливаются дренажные трубки 4 для удаления отделяемого и подведения лекарственных препаратов. В переднюю брюшную стенку устанавливается ограничитель 3, который препятствует быстрому закрытию раны передней брюшной стенки. Благодаря этому в послеоперационном периоде поддерживается широкий доступ в сальниковую сумку, для проведения этапных некрсеквестрэктомий.

Дренирование забрюшинного пространства (положительное решение по заявке на изобретение № 2004122489): после удаления ЗБК, как описано в 1-й группе больных, в забрюшинное пространство помещали дренажные системы, состоящие из двух полихлорвиниловых дренажных трубок 1, расположенных по верхнему и нижнему краю резинового баллона 2 объемом 500 мл. Через контрапертуры, справа и слева по задней подмышечной линии, дренажные трубки выведены на кожу (рис. 2). После завершения дренирования забрюшинных пространств ход париетальной брюшины восстанавливался над дренажами узловыми швами и, тем самым, изолировалась полость брюшины от ЗБК.

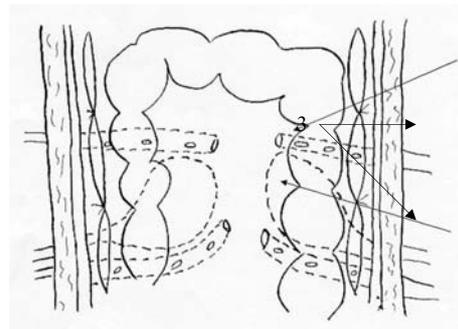


Рис. 2. Способ дренирования забрюшинной клетчатки

Применение разработанного нами способа дренирования забрюшинного пространства позволяет решить ряд задач: адекватно удалять патологический экссудат из забрюшинного пространства; поддерживать единую полость в забрюшинном пространстве, раздувая периодически болонны при перевязках, до полного очищения забрюшинного пространства от гнойно-некротических масс и выполнения полости грануляционной тканью; создание и поддержание единой полости позволяет проводить адекватную санацию полости забрюшинного пространства и подводить антисептический раствор ко всем отделам единой полости. По описанной методике произведено дренирование сальниковой сумки и формирование оментобурсостомы у всех 17 больных 2-й группы. У 9 из 17 пациентов произведено удаление пораженной ЗБК с обеих сторон, у 5 – слева, у 3 – справа. Данные оперативные вмешательства носили вынужденный характер и рассматривались не только как метод хирургической детоксикации, но и как метод профилактики развития тяжелых гнойно-септических осложнений, метод профилактики вторичного иммунодефицита в условиях суперантигенемии. У всех больных затем делали этапные некрсеквестрэктомии под шадающим в/в обезболиванием, и ни у одного больного не было потребности в релапаротомии.

Выполнение ранних этапных некрсеквестрэктомий нецелесообразно. Наносимая травма и ожидаемый положительный результат не в пользу последнего. До начала формирования клинически значимых секвестров выполняли обильное орошение очагов деструкции антисептиками, проводили проточное промывание сальниковой сумки, забрюшинных пространств.

Отграничение некротических тканей и формирование основной массы секвестров происходит после 14–21 суток от начала заболевания. Интервалы между этапными некрсеквестрэктомиями выбирались с учетом течения заболевания и по мере созревания секвестров. С интервалом 4–5 дней после первой выполняли 2–3 этапные некрсеквестрэктомии, а затем через 48–72 часа. После каждой некрсеквестрэктомии проводили смену пневмобаллонов и ограничителей. Во 2-й группе удалось избежать аррозивных кровотечений, развития дигестивных свищей. Умерло 3 (17,5%) больных от эндотоксического шока и полиорганной недостаточности.

Дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства по предложенной нами методике, с использованием наших устройств, способствует поддержанию единой полости в зонах дренирования, что улучшает течение процессов секвестрации и отторжения некротических тканей, обеспечивает хороший доступ и условия для этапных некрсеквестрэктомий и позволяет избежать травматичных релапаротомий и достоверно снизить летальность у этой крайне тяжелой группы больных.

Литература

1. Бурневич С.З. и др. // Вест. хир.– 2000.– Т.159, №2.– С.116–121.
2. Гостищев В.К., Глушко В.А. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом // IX Всерос. съезд хирургов (20–22 сентября 2000 г., г. Волгоград).– Волгоград, 2000.– С.30–31.
3. Кригер А.Б. и др. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки // Хир.– 2004.– №2.– С.18–22.

4. *Сопия Р.А.* Лечебно-тактическая концепция острого деструктивного панкреатита: Дис. ... д-ра мед. наук.– М., 2001.– 300 с.

5. *Толстой А.Д., Баженко С.Ф.* // Хирургия, ж. им. Н.И. Пирогова.– 2005.– №7.– С.19–23.

PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF PUSS COMPLICATIONS OF PANCREONECROSIS

D.P. NAZARENKO

Summary

The results of the severest course of the acute destructive pancreatitis treatment with retroperitoneal adipose tissue involvement are discussed. New methods and technical equipment of bursa omentum and retroperitoneal adipose tissue drainage are suggested and used.

Key words: pancreas, pancreonecrosis, surgical treatment, puss complications

УДК 616.37-002

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА – ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО АСЦИТА

А.Е. ВОЙНОВСКИЙ*

Одним из редких осложнений панкреатита является «панкреатический асцит» (ПА) [3, 6]. При разрывах кист, травмах и ранениях железы с повреждением Вирсунгова протока или повреждения ткани железы при панкреонекрозе с нарушением целостности панкреатических протоков в результате поступления панкреатического сока в брюшную полость развивается картина перитонита [2, 7]. При медленном поступлении панкреатического секрета через дефект стенки кисты или протока ярко выраженной клинической картины перитонита может и не быть – панкреатический сок накапливается в брюшной полости с формированием ПА или по сути псевдокисты размерами в брюшную полость [4–5, 8]. В ряде наблюдений живот больного приобретает гигантские размеры, что заставляет больного обратиться за медицинской помощью. Диагноз подтверждается высоким уровнем диастазы в асцитической жидкости [7]. Лечение ПА, когда доказано его развитие на почве негерметичности системы панкреатических протоков, должно быть хирургическим. Лапароцентез и дренирование брюшной полости, как правило, не является адекватным в связи с чем большинство авторов рекомендует лапаротомию [8]. В большинстве случаев формируется наружный панкреатический свищ, однако в некоторых случаях отверстие в панкреатическом протоке и кисте закрывается спонтанно [2].

Клиническое наблюдение: больного Т., 1975 г.р., поступил с жалобами на увеличение размеров живота. За две недели до госпитализации отметил увеличение живота, размеры которого ежедневно нарастали. Болей в животе, тошноты и рвоты не было. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Живот значительно симметрично увеличен.

В области пупка под УЗИ – навигацией в полость кисты введен троакар 1,0 см в диаметре, получена коричневая (шоколадного цвета) однородная жидкость, прозрачная, с диастазой 20 000 единиц, эвакуировано 10,0 литров содержимого. Полость кисты обильно промывали растворами антисептиков, осушена, произведена инфузия закисью азота, введена оптическая система. Цистоскопия: стенки кисты рыхлые, коричнево-серого цвета, местами рыхло спаяны. Свищевой ход не визуализируется. Киста дренирована 2-просветным дренажом до Ø1,0 см, установленным к поджелудочной железе через прокол передней брюшной стенки в левом подреберье. В послеоперационном периоде ежедневно выделялось 100–110 мл светлого панкреатического сока. При фистулографии через 2 недели после операции отмечено формирование трубчатого панкреатического свища, через который контрастируется нерасширенный панкреатический

проток со свободным поступлением контраста проксимально в 12-перстную кишку. Затекания контраста за пределы панкреатического протока нет.



Рис. 1. Общий вид больного



Рис. 2. При КТ брюшной полости определяется гигантская псевдокиста, занимающая всю брюшную полость, свежих некротических изменений в поджелудочной железе нет

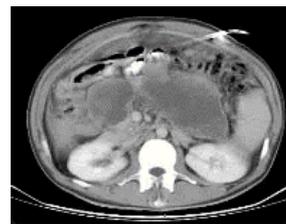


Рис. 3. КТ брюшной полости через 14 дней после операции. Размеры псевдокисты значительно уменьшилась. Контраст введенный в через дренаж попадает врез Вирсунгов проток в просвет 12-перстной кишки

Выписан на 21-й день хирургического вмешательства с дренажом. Через месяц поступление панкреатического отделяемого прекратилось. При фистулографии контрастируется дренажный ход, без сообщения с протоком и брюшной полостью. При КТ брюшной полости определялся жидкостной коллектор в полости малого таза до 5,0 см в диаметре. Дренажная трубка удалена. Осмотрен через год после операции – жалоб больной не предъявляет, свищ закрылся, при УЗИ брюшной полости – признаков жидкостных скоплений в брюшной полости не найдено.

Литература

1. *Данилов М.В.* // РМЖ.– 2001.– Т. 9, № 13–14.
2. *Кузин М.И. и др.* Хронический панкреатит.– М., 1985.– 368 с.
3. *Минушкин О.Н.* Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения // *Consilium-medicum.*– 2000.– Т. 4, № 1.
4. *Лашевкер В.М.* // *Клин. хир.*– 1982.– №11.– С. 52–56.
5. *Cameron J.L.* // *Gastroenterology.*– 1978 Jan.– Vol. 74 (1).– P. 134–140.
6. *Smith R.B. et al.* / *Ann. Surg.*– 1973.– Vol.177 (5).– P. 538.
7. *Geffroy Y. et al.*// *Sem. Hop.*– 1975.– Vol.51 (14).– P. 927.
8. *Hotz J. et al.* // *Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med.*– 1977.– Vol. 83.– P. 489–492.

* Главный клинический госпиталь МВД России, Москва