

ОМЕНТОБУРСОТОМИЯ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Б.М.Иманов, А.А.Сопуев, Д.Т.Бектуров

НХЦ МЗ КР, г. Бишкек

Резюме. Из 2166 поступивших больных с диагнозом «Острый панкреатит» оперированы 156, а остальные больные после проведенных консервативных мероприятий, выписывались с улучшением. Во время операции в 16 (10,2%) случаях обнаружен жировой панкреанекроз, в 52 (33,6%) случаях - смешанный, в 82 (52,5%) - геморрагический панкреанекроз и в 6 (3,8%) - гнойный панкреатит. Выполнена оригинальная методика оперативного вмешательства, разработанная в Национальном хирургическом центре Оментобурсостомия (ОБС) с париетальной деперитонизацией и мобилизацией поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренированием ретро-панкреатической клетчатки и желчевыводящих путей, тотальной продленной забрюшинной нейро-вегетативной блокадой, локальной гипотермией, последующими регулярными плановыми секвестрэктомиями и санациями полости сальниковой сумки.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, оментобурсостомия, локальная гипотермия.

OMENOBURSOTOMY AS A METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

В.М.Иманов, А.А.Сопуев, Д.Т. Бектуров

NSC MH KR, Bishkek

Summary. Of the 2166 admitted patients with a diagnosis of Acute Pancreatitis, 156 were operated on, and the remaining patients, after the conservative measures taken, were discharged with improvement. During the operation, adipose pancreatic necrosis was detected in 16 (10.2%) cases, mixed in 52 (33.6%) cases, hemorrhagic pancreatic necrosis in 82 (52.5%) cases and purulent pancreatitis. Performed an original technique of surgical intervention, developed at the National surgical center omentobursostoma (OBS) with parietal deperitonizatsiey and the mobilization of the pancreas from the retroperitoneal space, drainage retro-pancreatic tissue and biliary tract, total extended retroperitoneal neuro-vegetative blockade, local hypothermia, followed by regularly scheduled sequestrectomy and sanitation cavity stuffing bags.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, omentobursostomy, local hypothermia.

Одним из наиболее трудных разделов абдоминальной хирургии является лечение больных деструктивными формами панкреатита. На сегодняшний день этот факт подтверждается как неуклонно возрастающей заболеваемостью, так и стабильно высокими показателями летальности, частоты гнойно-септических и других фатальных осложнений панкреонекроза. Во многом такое положение обусловлено сложностью патогенеза, определяющего состояния больных, недостатками традиционных методов прогнозирования течения болезни и лечения [5].

Общая летальность при остром панкреатите имеет слабую тенденцию к снижению и составляет 4-8%, а при деструктивных формах колеблется от 30 до 85%. Частота гнойно-септических осложнений достигает 21% среди всех случаев острого панкреатита, а среди причин смерти занимают 2-е место после шока и сопровождаются летальностью до 30-65% [1,4,5].

Особенностью острого деструктивного панкреатита является сложность его диагностики и лечения. До настоящего времени ещё не выработана единая тактика по этим вопросам. [6] В Национальном хирургическом центре за период с 1995 года по 1999 год находились на лечении 2166 больных с диагнозом «Острый панкреатит» (в это исследование были включены все формы острого панкреатита, в том числе легкие реактивные формы этого заболевания). У всех больных диагноз основывался на данных

ультрасонографии, компьютерной томограммы, исследованием уровня амилазы крови, мочи и перитонеального экссудата во время операции, интраоперационной ревизии и аутопсии. Возраст больных с различными формами острого панкреатита колебался от 20 до 78 лет и в среднем составил $49,9 \pm 1,8$ лет. Соотношение мужчин и женщин 1,2:1. Нами установлено что у половины числа больных этиологическим моментом служит билиарная патология, а на втором и третьих местах по частоте стоят алкогольные и постравматические панкреатиты. В большинстве случаев тяжело протекающего деструктивного панкреатита этиология была неизвестна (идиопатический панкреатит) [3]. Из 2166 поступивших больных за этот период оперированы 156, а остальные больные после проведенных консервативных мероприятий, выписывались с улучшением. У больных с острым панкреатитом с целью профилактики прогрессирования процесса и тяжелых осложнений необходимо стремиться к проведению ранних оперативных вмешательств:

А) при выраженной клинической картине острого панкреатита очевидными признаками перитонита;

Б) при сочетании боли в верхнем отделе живота, наличии инфильтрата в брюшной полости, гектической температуре, увеличении палочкоядерных нейтрофилов выше 18% и СОЭ выше 30 мм в час, повышении диастазы мочи более чем на 50%. У 156 оперированных

больных выполнена оригинальная методика оперативного вмешательства, разработанная в Национальном хирургическом центре - Оментобурсостомия (ОБС) с париетальной деперитонизацией и мобилизацией поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренированием ретро-панкреатической клетчатки и желчевыводящих путей, тотальной продленной забрюшинной нейро-вегетативной блокадой, локальной гипотермией, последующими регулярными плановыми секвестрэктомиями и санациями полости сальниковой сумки.

После эвакуации экссудата вскрывали сальниковую сумку посредством рассечения желудочно-ободочной связки на протяжении 10-15 см и оценивали характер поражения и степень распространённости воспалительного процесса в поджелудочной железе, а также состояние парапанкреатической клетчатки и других органов. При этом у всех больных имело место обширный панкреонекроз, под которым мы подразумеваем субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы. Причем в 16 (10,2%) случаях это был жировой панкреанекроз, в 52 (33,6%) случаях - смешанный, в 82 (52,5%) - геморрагический панкреанекроз и в 6 (3,8%) - гнойный панкреатит. Одновременно производили осмотр, пальпацию желчного пузыря и при необходимости исследование и ревизию внепеченочных желчных протоков. Затем уточняли предполагающийся объём, характер оперативного вмешательства и дальнейшую лечебную тактику.

Следующим этапом продольно на всем протяжении пересекали

париетальную брюшину над поджелудочной железой и производили париетальную деперитонизацию последней, что при наличии обширного панкреонекроза не представляет особых трудностей и создаёт условия для секвестрэктомии тупым путём, чаще дигитоклазией. Париетальная деперитонизация поджелудочной железы также необходима для скорейшего отторжения оставшихся некротических тканей в послеоперационном периоде.

У всех больных с геморрагической и смешанной формами панкреанекроза с целью локализации процесса на задней поверхности железы к парапанкреатической клетчатке производили мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, так как у данной категории больных практически всегда поражается и задняя поверхность поджелудочной железы, не покрытая брюшиной. Отсюда ферменты и продукты распада поступают в забрюшинное пространство, в брыжейку толстой и тонкой кишки. Поражаются нервные волокна, развивается парез кишечника. В забрюшинной клетчатке возникают кровоизлияния, она некротизируется, иногда вплоть до малого таза. Ферменты и продукты распада легко всасываются, вызывая интоксикацию [2].

После мобилизации тела и хвоста поджелудочной железы из забрюшинного пространства мы предпочитали ретропанкреатическое пространство дренировать на всём протяжении широкой, резиновой полоской (102 случай), которая убирается в послеоперационном периоде через отверстие оментобурсостомы.

Такая методика расположения широкой перчаточной резиновой полоски по типу окутывания задней поверхности железы, во-первых, предотвращает дальнейшее поступление панкреатического экссудата в парапанкреатическую клетчатку, во-вторых, способствует оттоку экссудата с обеих сторон резинового полосочного дренажа в сальниковую сумку, откуда он эвакуируется наружу. В 102 случаях в ретропанкреатическом пространстве перпендикулярно оси железы устанавливали 2-3 микроирригатора с множественными отверстиями для промывания в послеоперационном периоде этой зоны растворами антисептиков. При поражении головки поджелудочной железы в 52 случаях производили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру для последующего дренирования резиновой полоской этой зоны парапанкреатической клетчатки.

Как правило, следующим этапом операции являлось вмешательство на желчевыводящих путях. При наличии конкрементов в желчном пузыре и признаках ферментативного холецистита производили холецистэктомию - 82 (52,5%) случаев. Из которых у 69 больных с признаками гипертензии в желчевыводящих путях производили наружное дренирование холедоха через культю пузырного протока (47 больных) или его дренированием по А.А. Вишневному в модификации М.М. Мамакеева (22 больных). У 19,8% больных в тяжелом состоянии при наличии проходимости пузырного протока накладывали холецистостомию.

Для борьбы с парезом кишечника мы применили у 112 тотальную продленную забрюшинную нейровегетативную

блокаду.

В клинике разработан и внедрен способ локальной гипотермии поджелудочной железы через герметичную резиновую хирургическую перчатку, расположенную в полости сальниковой сумки, на сквозном микроирригаторе концы которого выведены наружу. В послеоперационном периоде 2-4 дня путём заполнения перчатки охлаждённым 0,9% раствором натрия хлорида, периодически 3-4 раза в сутки по 2-4 часа осуществляем локальную гипотермию поджелудочной железы.

Заключительным этапом оперативного вмешательства является формирование оментобурсостомы путём подшивания к париетальной брюшине и апоневрозу верхней трети лапаротомной раны краев рассеченного участка желудочно-ободочной связки. Оставшаяся часть лапаротомной раны ушивалась.

Начиная на 2-сутки послеоперационного периода больных на фоне общего лечения проводили регулярные ревизии и санации сальниковой сумки, которые производились в условиях перевязочной с предварительным внутримышечным введением ненаркотических анальгетиков в обычной дозировке (баралгин, анальгин с димедролом). Путём введения в оментобурсостому двух печеночных крючков без особых затруднений добивались возможности осмотра всех отделов поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. При этом полость сальниковой сумки тщательно промывали раствором фурациллина и затем по мере возможности производили сэквестрэктомию из полости

сальниковой сумки, поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

Оценивая особенности операции «Оментобурсостомии» с комплексным включением, следует отметить следующие её преимущества по сравнению с традиционными способами хирургического лечения.

1. Возможность регулярных и активных санаций сальниковой сумки и ревизии поджелудочной железы без выполнения релапаротомии.

2. Своевременному вскрытию гнойников поджелудочной железы.

3. Позволяют предотвратить гнойное расплавление парапанкреатической клетчатки.

4. Отграничение патологического процесса от свободной брюшной полости.

5. Осуществляется локальная гипотермия поджелудочной железы без выраженного общего охлаждения и система для локальной гипотермии удаляется через оментобурсостомию.

6. При аррозивных кровотечениях прошивание кровотока через оментобурсостому в условиях перевязочной.

Послеоперационный период у наших больных длился 39,1±3,53 суток, среднее количество ревизий сальниковой сумки 30,3±2,67. Летальность у оперированных больных из 156 составила 27 (17,3%), а осложнение 15 больных, что составляет 9,6%. Ни у одного из 27 больных при аутопсии не выявлено наличие разлитого перитонита.

Проведенная в Национальном хирургическом центре работа по изучению ряда особенностей диагностики и лечения острого

панкреатита позволяет утверждать, что рациональное сочетание различных современных методик (ОБС), плазмасорбция, ГБО, препараты типа контрикала и гордокс приводит к снижению летальности среди больных с острым деструктивным панкреатитом (17,3%) в сравнении с традиционными методами лечения (69,5%).

Таким образом, выполняемая по строгим показаниям при обширном панкреанекрозе оментобурсостомия с париетальной деперитонизацией поджелудочной железы, её мобилизацией забрюшинного пространства, дренированием всех отделов ретропанкреатической клетчатки, операцией на желчных путях, локальной гипотермией поджелудочной железы, тотальной продлённой забрюшинной нейровегетативной блокадой и адекватным дренированием брюшной полости является патогенетически обоснованным, важным этапом излечения данной тяжелой категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гагушин В.А. Некрэктомии и сэквестрэктомии в хирургическом лечении панкреанекроза //Хирургия - 1990.-№10 - С.100-104.

2. Иманов Б.М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите: Автореф. дис канд. мед. наук- Бишкек; 1999.-35 с.

3. Козлов В.А., Стародубов В.П., Никифоров А.П. Абдоминализация поджелудочной железы и локальная гипотермия при оперативном лечении панкреанекроза по способу

В.А. Козлова /ЛГр. XXX Всесоюзного съезда хирургов. - Свердловск, 1983. - С. 147.

4. Пугаев А.В., Багдасаров В.В. Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита // Хирургия - 1997. - №2 - С.79.

5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Соболев П.А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита// Анналы хирургической гепатологии. - 1996.- том 1.-С.58.