

Программированные санации забрюшинного пространства у больных с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита

М. И. Прудков.

Ф. В. Галимзянов.

А. М. Юсупов

Кафедра хирургии ФУВ (зав, кафедрой - проф. М.И. Прудков) Уральской государственной медицинской академии; муниципальное учреждение "Городская клиническая больница №14" (главный врач - В.Н.Силивёрстов), Екатеринбург

У 56 больных с деструктивным панкреатитом через сформированную оментобурсо-панкреатостому произвели этапные некрэктомии (до 6-7 раз каждые 48 часов), дополняя их ультразвуковой кавитацией и лазеротерапией. Функциональное состояние мягких тканей исследовали по их биоэлектромагнитной реактивности путем анализа изменений параметров импульсного сложномодулированного магнитного поля. На месте удаленных некротизированных участков поджелудочной железы образовывалась грануляционная ткань, которая заполняла просвет сальниковой сумки к 36-115 дню лечения. Умерли 18 больных (32.1%). Причины смерти: печеночно-почечная и полиорганная недостаточность, аррозивное кровотечение; недренируемых гнойных затеков не было. Программированные плановые санации с использованием инструментария для минидоступа легко выполнимы и малотравматичны.

Retroperitoneal Tissues' Programmed Lavage in Patients with Suppurative Complications of Necrotizing Pancreatitis

M. I. Prudkov.

F. V. Galuimzyanov.

A. M. Yusupov.

Department of Surgery, Medical Faculty of Postgraduate Education (director- Prof. M.I. Prudkov), Ural State Medical Academy, Hospital No. 14 (director -V.N. Siliverstov), Ekaterinburg

56 patients with necrotizing pancreatitis who underwent omentobursopancreatostomia were analyzed in the article. Continues necrectomy was carried out (6-7 times every 48 hours') with ultrasound cavitation and laser therapy. Vital condition of tissues was examined by it's bio-electromagnet activity with analysis of impulse modulated magnetic field parameters. Granulation tissues occurred in location of necrotomies, after 36-115 days of therapy gradually covering lesser sac cavity. 18 patients died (32.1 %). Deaths were caused by the hepato-renal and polyorganic insufficiency, haemorrhages and there were no cases of suppurative complications.

Programmed lavage procedure through minimized access seemed to be less traumatic and easier to carry out.

Наиболее важным вопросом в проблеме деструктивного панкреатита является выбор адекватной лечебной тактики [8—10]. Развитие деструкции в поджелудочной железе довольно часто приводит к необходимости выполнения операции. Однако одномоментное хирургическое вмешательство при панкреонекрозе, несмотря на дренирование сальниковой сумки, не всегда предотвращает дальнейший процесс деструкции. В настоящее время некроз и вторичная инфекция являются основными факторами, определяющими выживание больных с тяжелым деструктивным панкреатитом [6, 7]. Осложнения и летальность у этих больных остаются высокими и не имеют

тенденции к снижению. Это обусловлено особенностями течения патологического процесса, трудностью выбора оптимальной хирургической тактики [1-5].

Материал и методы

В отделении хирургической инфекции МУКБ № 14 г. Екатеринбурга за последние 4 года мы наблюдали 56 больных с распространенными формами панкреонекроза в возрасте от 25 до 82 лет. Мужчин — 39, женщин — 17. Поступили в стационар в сроки от 1 до 7 суток с начала заболевания.

Геморрагический панкреонекроз был у 34 больных, смешанная форма — у 16, посттравматический распространенный панкреонекроз — у 6.

Все больные оперированы. Как правило, осуществляли абдоминализацию поджелудочной железы по В.А. Козлову и марсупиализацию. Отверстие оментобурсостомы не превышало 5 см. При панкреонекрозе, независимо от причин его возникновения, обязательно производили дренирование желчных путей. По показаниям одномоментно дренировали забрюшинное пространство в модификации нашей клиники, предложенной Е.В. Нишневичем. При этом, как правило, катеризировали правую желудочно-сальниковую артерию.

Сложность лечения была обусловлена гнойно-септическими осложнениями такими как абсцессы сальниковой сумки, флегмоны перипанкреатических клетчаточных пространств. В наблюдаемой группе больных гнойные осложнения возникали в пределах первой недели после начала панкреатита, что было обусловлено обширностью поражения железы. Подозревать гнойное осложнение заставляло отсутствие существенного улучшения через неделю после оперативного вмешательства и интенсивной терапии. Сформированная оментобурсопанкреатостома позволяла с помощью инструментов, применяемых для оперирования из минидоступа (см. *Анналы хирургической гепатологии*, 1996, т. 1, с. 132), осматривать, санировать сальниковую сумку и производить этапные некрэктомии поджелудочной железы. Использование специального ранорасширителя с системой волоконного освещения давало возможность под эндотрахеальным наркозом раздвигать ткани и осматривать органы сальниковой сумки достаточно широко без травмирования петель кишечника. Железу осматривали на ее протяжении и, по возможности, осуществляли некрэктомию пинцетом, тупфером и биопсийными щипцами. Этапные оментобурсоскопии и некрэктомии позволяли выявить особенности изменений в поджелудочной железе и окружающих тканях. Динамика местного воспалительного процесса соответствовала клинико-биохимическим изменениям.

Результаты

Непосредственно после операции состояние больных было тяжелым или крайне тяжелым, что являлось показанием к проведению комплекса реанимационных мероприятий. Через 4—6 дней выполняли первый осмотр и санацию сальниковой сумки, в это время еще имелся некроз ткани, а по дренажам не было отхождения секвестров и некротических масс. Это увеличивало уровень эндогенной интоксикации.

Посевы тканей из сальниковой сумки были стерильны в первую неделю после операции. Со 2-3-й недели из гнойного очага высеивали микробные ассоциации и различную микрофлору, чаще всего стафилококк (22%) и *pseudomonas aeruginosa* (22%).

Этапные некрэктомии, дополненные ультразвуковой кавитацией сальниковой сумки, заполненной физиологическим раствором с антибиотиком или водным раствором хлоргексидина, производили до 6-7 раз каждые 48 часов. Низкочастотный ультразвук (26.5 кГц) повышал чувствительность микробов к антисептикам, оказывал угнетающее действие на жизнедеятельность их в ране. Кроме того, наши исследования показали увеличение кровотока в поверхностных и глубжележащих тканях, выявленное при обследовании их биоэлектромангнитной реактивности (БЭМР). Это исследование выполняли на лечебно-диагностическом приборе "Малахит", который позволял производить диагностику функционального состояния мягких тканей с помощью определения в них БЭМР на основе анализа изменений параметров импульсного сложномодулированного магнитного поля. В поверхностных тканях кровенаполнение в среднем увеличивается на 5% ($P < 0.05$), в глубжележащих тканях - на 17% ($P < 0.001$). Стимуляция

артериолярного кровообращения и микроциркуляции повышала эффективность местного воздействия лекарственных веществ и активность репаративных процессов. Усиление кровотоковости из сосудов клетчатки останавливали коагуляцией или тампонированием. Перед ультразвуковым озвучиванием полость сальниковой сумки обильно промывали каким-либо антисептиком через перфорированную дренажную трубку. Затем производили секвестрнекрэктомию ткани поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки, после этого полость заполнялась физиологическим раствором с антибиотиком или антисептиком. В раствор вводили волновод-излучатель и осуществляли кавитацию в течение 5—10 минут. После этого у некоторых больных повторно делали некрэктомию. Как правило, удаляли мягкотканые секвестры грязно-серого или черного цвета. В последующем лечение дополняли лазеротерапией, используя гелий-неоновый лазер, излучающий монохроматический красный свет. Облучение сальниковой сумки производили с экспозицией до 10 минут. По данным БЭМР тканей, реакции кровообращения на уровне артериолярного и магистрального кровотока не было. Положительную динамику отмечали на уровне капилляров. Лазерное излучение оказывало стимулирующее действие на процесс регенерации, способность редуцировать воспалительную реакцию.

На месте удаленных некротизированных участков поджелудочной железы образовывалась грануляционная ткань, постепенно закрывающая просвет сальниковой сумки к 36-115 дню лечения. При формировании панкреатического свища производили склерозирующую терапию до полного его закрытия. При комбинированном лечении гелий-неоновым лазером с ультразвуковым озвучиванием через лекарственную среду сроки заживления раны передней брюшной стенки сокращались в полтора раза.

Умерли 18 больных (32.1%), из них у 13 причиной смерти были печеночно-почечная и полиорганная недостаточность, у 4 — аррозивное кровотечение, у 1 - аспирация рвотными массами в послеоперационном периоде. Все они поступили в стационар в поздние сроки - после 7 суток от начала заболевания. Следует отметить, что недренируемых гнойных затеков ни в парапанкреатической клетчатке, ни в забрюшинном пространстве не было.

Таким образом, программированные плановые санации в лечении больных с тотальным деструктивным панкреатитом с использованием инструментария для минидоступа в сочетании с ультразвуковой кавитацией и лазеротерапией являются существенным дополнением к лечению; они легко выполнимы, малотравматичны и достаточно эффективны.

Список литературы

1. *Виноградов В.В., Архипов У.А., Гришкевич Э.В., Данилов М.В.* Хирургия панкреатита. Ташкент: Медицина, 1974. 268 с.
2. *Глускина В.М.* Острый панкреатит. Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1972. 208 с.
3. *Козлов В.А.* Новые предложения при оперативном лечении панкреонекроза // Тезисы 5 Всероссийского съезда хирургов. Свердловск, 1978 с. 157-158
4. *Кубышкин В.А., Клыпин А.Б., Шматов В.А.* Гнойно-септические осложнения септического панкреатита // Вестник хирургии им. Грекова. 1987. № 9. С. 131-135.
5. *Лищенко А.Н., Лаптев В.В.* Гнойные осложнения панкреонекроза // Хирургия. 1995. № 1. С. 62-65.
6. *Нестеренко Ю.А., Агонёв Ю. П., Гольфанд Д.В.* Хирургическая тактика при деструктивном панкреатите // Тезисы 5 Всероссийского съезда хирургов. Свердловск, 1978. С. 149-150.
7. *Ноздрачёв В.И.* Осложнения деструктивного панкреатита // Советская медицина. 1983. № 4. С. 149-150.
8. *Савельев В.С.* Актуальные аспекты проблемы острого панкреатита // Тезисы 5 Всероссийского съезда хирургов. Свердловск, 1978. С. 66-69.
9. *Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Е.В.* Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. С. 240.
10. *Шкроб Б.С., Лотов А.Н., Заводнов В.Я., Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х., Авакян В.Н.* Выбор метода лечения деструктивного панкреатита и его последствий // Хирургия. 1996. № 5. С. 21-26.