

УДК 616.37- 002.1.-089:616.1/4-08-07

## СПОСОБЫ ЗАЩИТЫ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ «ОТКРЫТОМ» МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов, А.М. Вильгаиш*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика*

**Реферат.** Проанализированы результаты оперативного лечения 73 больных с острым некротическим инфицированным панкреатитом с 2002 по 2007 годы. Установлено, что основными причинами неудовлетворительных результатов лечения являются аррозивные кровотечения и кишечные свищи. Разработаны способы защиты внутренних органов при открытом ведении больных панкреатическим некрозом: предпочтение внебрюшинному дренированию парапанкреатического пространства (люмбостомии) и применение поливинилбутилового эфира «Винилина». Применение этих способов привело к уменьшению числа осложнений (аррозивных кровотечений с 16,6% до 8,0%, кишечных свищей с 14,6% до 4,0%), и летальности с 16,6% до 12,0%, что подтверждает эффективность разработанных методик.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, оперативное лечение

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия при лечении больных с острым панкреатитом (ОП), общая летальность при таком виде патологии не имеет тенденции к снижению и стабилизировалась на уровне 5-10% [4]. Летальность у больных с тяжелыми формами острого некротического панкреатита (ОНП), удельный вес которых составляет 5-10%, достигает 20-85,4 % [3, 7-9].

Необходимость хирургического лечения острого некротического инфицированного панкреатита (ОНИП) признается всеми хирургами, при этом используют два основных метода завершения операции при ОНИП: закрытый и открытый, которые дают примерно одинаковое количество осложнений и летальность [1, 9, 10].

Одной из проблем при открытых методах являются некротические изменения стенок полых органов и сосудов, контактирующих с перевязочным материалом и внешней средой, что приводит к развитию тяжелых, потенциально летальных осложнений – аррозивных кровотечений и свищей полых органов. Современные исследования, направленные на профилактику данных осложнений, не привели к значимому снижению осложнений и летальности.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с ОНИП при открытом методе ведения путем использования методов защиты внутренних органов.

### **Материал и методы**

Нами проанализированы результаты оперативного лечения 73 больных с ОНИП с 2002 по 2007 годы. Мужчин было 53 (72,6%), а женщин – 20 (27,4%). Возраст больных от 21 до 73 лет. Все больные были оперированы по поводу ОНИП на 13-21 день после начала заболевания. Показанием к операции было подтверждение инфицирования панкреатического некроза путем пункции «жидкостных образований» под ультрасонографическим (УСГ) контролем с последующим бактериологическим и бактериоскопическим исследованием. Способом завершения операций был открытый метод путем создания регионарных лапаростомий или ретролапаростомий (люмбостомий) [2].

Первую группу (группу сравнения) составили 48 больных с ОНИП, которые проходили лечение в первый период работы с 2002 по 2004 годы. Особенности оперативного лечения в этой группе было то, что больным выполняли верхнесрединную лапаротомию, доступ в сальниковую сумку осуществляли через желудочно-ободочную связку, вскрывали парапанкреатические абсцессы и скопления жидкости, тупым путем удаляли секвестры поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При распространении процесса в левую часть забрюшинной клетчатки дренировали ее через левый боковой доступ с мобилизацией селезеночного угла толстой кишки. В правую часть – через правый боковой доступ с мобилизацией печеночного угла ободочной кишки. Формировали ретроперитонеостому с одной или двух сторон (в зависимости от распространности процесса и регионарную лапаростомию с сальниковой сумкой через желудочно-ободочную связку. Проводили установку трубчатых дренажей и марлевых тампонов с мазью «Левомеколь». Дренажи и тампоны ставили на короткое время (3-5 суток) до формирования полости лапаростомы и ретролапаростомы (люмбостомы).

Повторные вмешательства оперативные (некрсеквестрэктомии) в первой группе выполняли: первую через 3 суток, последующие «по требованию». Длительность пребывания пациентов в стационаре составила от 43 до 135

суток. Больные перенесли от 1 до 7 оперативных вмешательств, количество повторных операций составило в среднем 4,2 (от 3 до 6).

Вторую (основную) группу – 25 больных с ОНИП, которые проходили лечение во втором периоде работы с 2005 по 2007 годы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести заболевания. В данной группе при лечении применялись разработанные способы защиты внутренних органов.

Мы выделили три основных направления защиты внутренних органов при открытом ведении пациентов с ОНИП:

1. Коррекция микроциркуляции и нутритивного статуса.

2. Обеспечение хирургического дренирования очага панкреатического некроза (ПН) который обеспечил бы минимальный контакт тампонов и дренажей с полыми органами, в частности с ободочной кишкой.

3. Местная медикаментозная защита внутренних органов.

С целью коррекции микроциркуляции и нутритивного статуса важным считали адекватную инфузионно-трансфузионную терапию с коррекцией водно-электролитных нарушений, гиповолемии, анемии, гипо и диспротеинемии. Ключевым моментом было энтеральное питание, которое начинали в первые 24 часа после операции через зонд, заведенный за связку Трейтца. При восстановлении адекватной эвакуации из желудка переводили пациента на пероральный прием пищи.

Во второй группе изменили также методику оперативного вмешательства. Особенности первой операции было то, что 22 больным выполнили верхнесрединную лапаротомию, доступ в сальниковую сумку осуществляли через желудочно-ободочную связку, после вскрытия которой селезеночный угол ободочной кишки не мобилизовали, вскрывали парапанкреатические абсцессы и скопления жидкости, тупым путем, с помощью дигитоклазии удаляли свободно лежащие секвестры поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При распространении процесса в левую часть забрюшинной клетчатки дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки осуществляли через люмботомический доступ кпереди от почки с подходом к поджелудочной железе и сальниковой сумке внебрюшинно сзади. При распространении процесса в правую часть забрюшинной клетчатки выполняли люмботомический доступ справа кпереди от правой почки с подходом к головке поджелудочной железы позади двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Формировали ретроперитонеостому (люмбостому) с одной или двух сторон (в зависимости от распространенности процесса) и регионарную лапаростомию.

У 3 пациентов с преимущественным поражением хвоста и тела ПЖ и левосторонним парапанкреатитом лапаротомию не выполняли, выполняли секвестрэктомии, дренировали парапанкреатическую клетчатку и сальниковую сумку внебрюшинно через люмботомический доступ слева.

Повторные оперативные вмешательства выполняли: первое через 3 суток, последующие «по требованию». Особенностью повторных вмешательств было то, что мы отказались от выполнения некрсеквестрэктомий в пользу секвестрэктомий. Это было обусловлено тем, что визуально и мануально невозможно определить четкие границы ПН, и в первый период при удалении некротических тканей острым путем часто повреждали жизнеспособные участки ПЖ. При повторных некрсеквестрэктомиях и перевязках старались удалять только свободно-лежащие секвестры, фиксированные же секвестры оставляли для отхождения до следующих перевязок (руководствуясь принципом, сформулированным М.Шайном [5] – «Оставь немного на завтра»). Больные перенесли от 2 до 6 оперативных вмешательств, количество плановых секвестрэктомий составило в среднем 3,4. Длительность пребывания пациентов в стационаре составила от 32 до 107 суток.

Претерпело изменение и местное медикаментозное ведение лапаростомы и ретролапаростом.

В первом периоде работы применяли гидрофильную мазь «Левомеколь» при перевязках. Недостатком применения мази «Левомеколь» является то, что она не создает защитной пленки на стенках органов, вытекает через лапаростомию и дренажи, оставляя стенку органов в контакте с салфетками и дренажами, что создает условия для развития пролежней стенки полых органов и образования свищей, аррозивных кровотечений. Также, при длительном применении, гидрофильная мазь задерживает развитие грануляций.

Во втором периоде работы с целью медикаментозной защиты внутренних органов был разработан «Способ защиты внутренних органов при регионарной лапаростомии» (Патент Украины № 23953 от 11.06.07) [6].

Задачей изобретения было создание такого способа защиты внутренних органов при лапаростомии, который за счет образования на стенках полых органов защитной пленки обеспе-

чивал бы профилактику пролежней и свищей полых органов, аррозивных кровотечений, что было достигнуто тампонированием полость лапаростомы и ретролапаростомы при первой и повторной операциях салфетками, обильно смоченными поливинилбутиловым эфиром («Винилином»).

### Результаты и обсуждение

Основными критериями эффективности предложенных методик считали количество развившихся кишечных свищей, аррозивных кровотечений и летальность в сравниваемых группах больных.

Сравнительные результаты лечения представлены в таблице.

В первой группе у 8 (16,6%) пациентов развились аррозивные кровотечения в сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку, причем у 3 пациентов повторные, а у одного 5 раз. Всем больным с аррозивными кровотечениями выполнены экстренные оперативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения. Только у 3 больных удалось выделить кровоточащий сосуд и остановить кровотечение путем его прошивания и лигирования. У остальных больных кровотечения были остановлены тугим тампонадой сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Объем кровопотери составил от 100 до 900 мл.

У 7 пациентов (14,6%) возникли толстокишечные свищи, которые адекватно дренировались через боковую ретролапаростому при формировании свищевого хода, поэтому лечение свищей было консервативным у 6 пациентов, колостоме с выключением поперечной ободочной кишки выполнили только у 1 пациента. У 5 больных свищи закрылись самостоятельно через 1-4 месяца после их возникновения. 3 больных со свищами умерли от прогрессирования полиорганной недостаточности (ПОН).

Сочетание аррозивных кровотечений со свищами было у 3 пациентов, из которых 2 умерли.

Летальность в первой группе больных составила 16,6%, умерли 8 больных. Причинами смерти были аррозивные кровотечения у 1 пациента, сепсис и прогрессирование ПОН у 6

пациентов, острый инфаркт миокарда у 1 больного.

Во второй группе аррозивные кровотечения в сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку наблюдали у 2 (8,0%) больных, причем повторное кровотечение было у 1 пациента. Больным с аррозивными кровотечениями выполнены экстренные оперативные вмешательства, направленные на остановку кровотечения. Кровотечения были остановлены тугим тампонадой сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Объем кровопотери составил от 100 до 1600 мл. Умерла одна больная от геморрагического шока, источником кровотечения у нее был аррозированный вследствие деструктивного процесса в парапанкреатической клетчатке чревной ствол.

Толстокишечный свищ, исходящий из поперечно-ободочной кишки, развился у одного пациента (4,0%), отделяемое по свищу составляло до 30 мл в сутки, свищ закрылся через 27 дней после возникновения.

В основной группе умерли 3 пациента, 1 от аррозивного кровотечения, 2 от сепсиса и прогрессирования ПОН.

Применение разработанных способов защиты внутренних органов при открытом ведении больных панкреатическим некрозом (предпочтение внебрюшинному дренированию парапанкреатического пространства (люмбостомии) и применение поливинилбутилового эфира («Винилина»)) привело к уменьшению числа осложнений (аррозивных кровотечений с 16,6 до 8,0%, кишечных свищей с 14,6 до 4,0%), и летальности с 16,6 до 12,0%, что подтверждает эффективность разработанных методик.

Проанализировав результаты лечения, мы пришли к выводу, что одними из путей снижения послеоперационной летальности при ОНИП является профилактика аррозивных кровотечений и свищей, направленная на защиту внутренних органов при открытом ведении ПН.

### Выводы

1. Основными направлениями защиты внутренних органов при «открытом» ведении больных с острым некротическим инфицирован-

Осложнения и летальность в исследуемых группах больных ОНИП

Таблица

	Группа сравнения (2002-2004), n=48	Основная группа (2005-2006), n=25
Кишечные свищи	7 (14,6 %)	1 (4,0 %)
Аррозивные кровотечения	8 (16,6 %)	2 (8,0 %)
Летальность	8 (16,6 %)	3 (12,0 %)

ным панкреатитом являются: коррекция микроциркуляции и нутритивного статуса; обеспечение хирургического дренирования очага панкреатического некроза (ПН) который обеспечил бы минимальный контакт тампонов и дренажей с полыми органами, в частности с ободочной кишкой; местная медикаментозная защита внутренних органов.

2. Применение разработанных способов защиты внутренних органов при открытом ведении больных панкреатическим некрозом (предпочтение внебрюшинному дренированию парапанкреатического пространства (люмбостомии) и применение поливинилбутилового эфира «Винилина») привело к уменьшению числа осложнений (аррозивных кровотечений с 16,6% до 8,0%, кишечных свищей с 14,6% до 4,0%), и летальности с 16,6% до 12,0%, что подтверждает эффективность разработанных методик.

#### ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ ПРИ «ВІДКРИТОМУ» МЕТОДІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*М.А. Мендель, И.Н. Игнатов, А.М. Вільгаш*

**Реферат.** Проаналізовані результати оперативного лікування 73 хворих з гострим некротичним інфікованим панкреатитом з 2002 по 2007 роки. Встановлено, що основними причинами незадовільних результатів лікування є арозивні кровотечі та кишкові нориці. Розроблені способи захисту внутрішніх органів при відкритому веденні хворих на панкреатичний некроз: перевага позаочеревинному дрениванню парапанкреатичної клітковини (люмбостомії) та застосування полівінілбутилового ефіру «Вінліну». Застосування цих способів привело до зменшення числа ускладнень (арозивних кровотеч з 16,6% до 8,0%, кишкових нориць з 14,6% до 4,0%), і летальності з 16,6% до 12,0%, що підтверджує ефективність розроблених методик.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, оперативне лікування.

#### METHODS OF ORGAN PROTECTIONS AT "OPEN" TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

*N.A. Mendel, I.N. Ignatov, A.M. Vilgash*

**Abstract.** The results of surgical treatment of 73 patients with infected pancreatic necrosis from 2002 to 2007 were analyzed. There were founded that main causes of morbidity and mortality were erosive bleedings and intestinal fistulas. Two techniques of internal organs protection were used: preferable extraperitoneal draining of parapancreatic space (lumbostomy) and polyvinylbutylic aether «Vynilin» for wound dressing. Use of these techniques lead to decrease of complication rate – bleedings from 16,6% to 8,0%, intestinal fistulas from 14,6% to 4,0% and mortality from 16,6% to 12,0%.

**Key words:** acute pancreatitis, surgical treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е. Острый послеоперационный панкреатит. – К.: Феникс, 2000. – 172 с.
2. Бобров О.Е., Мендель Н.А., Бучнев В.И., Игнатов И.Н. Эволюция взглядов на проблему лечения больных острым некротическим панкреатитом // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – Т.5., Вип.1(9). – С. 16-18.
3. Зубков В.И., Ломоносов С.П. Опыт лечения больных с инфицированным некротическим панкреатитом // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 5. – С. 32-37.
4. Мішалов В.Г., Бурка А.О., Храпач В.В., Балабан О.В. та ін. Аналіз проблем діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит // Хірургія України. – 2003. – № 3 (7). – С. 5-7.
5. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 96 с.
6. Патент 23953 України, МКИ А61L15/16. Спосіб захисту внутрішніх органів при регіонарній лапаростомії: Пат. 23953 України, МКИ А61L15/16 / Бобров О.Є., Мендель М.А., Бонадисенко Т.В., Вільгаш А.М., Онищенко С.М. – № 200701601; Заявл. 15.02.2007; Опубл. 15.06.2007; Бюл. №8.
7. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. – СПб.: Деан, 2000. – 480 с.
8. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 224 с.
9. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy. – Berlin: Springer, 2008. – 905 p.
10. Bradley EL III, Allen K: A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. // Am J Surg. – 1991. – № 161. – P. 19–25.