

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

УДК 616.37-089

В.А. Козлов, И.В. Козлов, Е.Б. Головки

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА
Кафедра хирургических болезней N 2

В настоящее время нет единого мнения о выборе метода лечения деструктивного панкреатита. Сохраняется высокая летальность (до 40%).

Наиболее частой причиной неблагоприятных исходов при деструктивных формах панкреатита являются его осложнения, также немаловажное значение имеет тяжелая травма, связанная с большим объемом предпринимаемых по поводу панкреонекроза операций.

На основании более чем тридцатилетнего опыта в нашей клинике разработана определенная тактика ведения больных с некрозом поджелудочной железы, весь период деятельности в этой направлении можно разделить на 3 этапа.

Первый этап с 1964 года по 1977, в этот период применялась общепринятая тактика: применялись лапаротомические операции марсупиализация, дренирование и тампонирование полости малой сальниковой сумки. Летальность при панкреонекрозе достигала в те годы 63%.

Второй этап с 1978 по 1984 год связан с внедрением в хирургическую практику лечения панкреатита операции абдоминализации поджелудочной железы и таких новых технологий как локальная гипотермия полости малой сальниковой сумки. Эти нововведения позволили вдвое сократить летальность при панкреонекрозе (летальные исходы в это время наблюдались у 31,2 % больных).

В 1970 году В.А.Козловым предложена и применена в клинике операция, названная абдоминализацией поджелудочной железы. Техника вмешательства заключается в рассечении брюшины по нижнему краю поджелудочной железы и выделении ее из забрюшинной клетчатки от перешейка до хвоста. Отграничение железы от забрюшинной клетчатки производим с помощью подведения под нее широкопросветного Т-образного дренажа.

В лечении панкреатита общепризнано применение гипотермии. Наиболее часто применяется гипотермия через желудок. При этом считается, что происходит локальное охлаждение поджелудочной железы и угнетается ее функция. Этот вопрос изучен нами в эксперименте и клинике. Оказалось, что при чрезжелудочной гипотермии снизить температуру в железе удастся максимум лишь на 2 градуса Цельсия ниже общей температуры тела, что недостаточно для снижения активности панкреатических ферментов.

В 1970 В.А. Козловым предложено вводить в малую сальниковую сумку латексный баллон, соединенный двухпросветной трубкой с аппаратом Гипотерм АЛГ-2, подающим в баллон хладагент с температурой +4°C. Сеансы гипотермии проводились 3 раза в сутки по 3-4 часа в течении двух-трех суток до нормализации амилаземии. При этом температура в поджелудочной железе снижается до 28° С, без значительного снижения общей температуры.

Третий этап работы по оптимизации лечения деструктивного

панкреатита связан с применением с 1984 года И.В. Козловым метода лапароскопической открытой оментобурсоскопии. Согласно современной терминологии метод можно назвать минибурсооментоскопией.

Метод включает применение малотравматичного доступа к поджелудочной железе, использование для диагностических и лечебных вмешательств специально разработанного инструментария с выполнением всех необходимых диагностических и санационных манипуляций на поджелудочной железе и окружающих ее образованиях, ранее выполнявшихся лишь при лапаротомии. Суть заключается в следующем: в проекции верхнего сегмента прямой мышцы живота слева производится разрез 3-4 см. В рану выводится желудок на границе верхней и средней трети его тела, вскрывается желудочноободочная связка, в полость малой сальниковой сумки вводятся зеркала со световодами специальной конструкции. Для осмотра и проведения вмешательств доступны почти все отделы поджелудочной железы. По характеру условий выполнения вмешательств этот метод сочетает малую травматичность лапароскопии и большие возможности лапаротомии.

При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита летальные исходы связаны с секвестрацией и нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием аррозивных кровотечений. Сформированная при бурсооментоскопии минибурсооментостома дает возможность применять ревизии полости малой сальниковой сумки для удаления секвестров, смены дренажей в парапанкреатической клетчатке, вскрытия гнойных затеков.

Все эти нововведения послужили основой системы мероприятий, которая позволяет в значительной степени оптимизировать диагностический и лечебный процесс при данной патологии. В настоящее время применяется следующая тактика: при подозрении на деструктивный панкреатит вмешательство начинается с лапароскопии, при диагностике панкреатогенного перитонита по показаниям осуществляется санация брюшной полости - удаляется экссудат, производится исследование его на микрофлору и активность ферментов, устанавливаются микроиригаторы и дренажи. Затем выполняется лапароскопическая открытая бурсооментоскопия. При распространении процесса деструкции на забрюшинную клетчатку выполняется абдоминализация, при этом под поджелудочную железу устанавливается широкопросветный Т - образный дренаж с перфорациями. В части случаев производим криодеструкцию участков некроза при обширных изменениях в парапанкреатической клетчатке производится «тунелирование» клетчатки с последующим введением дренажей, катетеризацию правой желудочно-сальниковой артерии для фокальной медикаментозной терапии, введение баллона для локальной гипотермии поджелудочной железы. При наиболее обширных поражениях забрюшинной клетчатки производили люмботомии. Всем больным с некротическим панкреатитом производим холецистостомию.

Уменьшению числа неблагоприятных исходов гнойных осложнений панкреонекроза способствует возможность динамического наблюдения за течением патологического процесса в малой сальниковой сумке и его хирургическая коррекция путем повторных осмотров ее через минибурсооментостому.

Такие вмешательства проводились нами начиная с третьих-пятых суток. Эти плановые контрольные ревизии проводились по показаниям исходя из динамики общих и местных изменений в среднем 7 раз с интервалом в 2 - 5 суток. Показанием к проведению повторных вмешательств через бурсооментостому являлись: сохранение гнойного отделяемого, наличие некрозов и секвестров поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, наличие гнойных затеков в окружающей поджелудочную железу клетчатке, сохранение симптомов интоксикации.

В перерывах между ревизиями, через установленные в полость сальниковой сумки или в полость гнойных затеков дренажи, производится лаваж полости сумки и активная аспирация отделяемого. Санации заканчивали после полного отхождения секвестров и выполнения полости сумки грануляционной тканью.

Лапароскопическая открытая бурсооментостомия выполнена за период с 1985 по 1994 год у 141 больных с панкреонекрозом. При бурсооментоскопии были установлены форма и распространенность панкреонекроза. Распространенный панкреонекроз наблюдается в 4 раза чем очаговый и геморрагический панкреонекроз в 2 раза чаще чем жировой.

При первичной бурсооментоскопической операции выполнены аб- доминализация поджелудочной железы у 24,6% больных, криодеструкция поджелудочной железы у 5,5%, катетеризация правой желудочносальниковой артерии у 5,5%, введение баллона для локальной гипотермии поджелудочной железы у 62,9% оперированных.

Также были проведены следующие лечебные вмешательства: лапароскопическая санация брюшной полости при панкреатогенном перитоните, включающая эвакуацию экссудата, установку микроирригаторов для антибиотикотерапии и дренажей у 51% пациентов, удаление выпота из малой сальниковой сумки у 72,2, дренирование полости сальниковой сумки различными типами дренажных устройств выполнено у всех больных, введение катетеров в парапанкреатическую клетчатку для подведения антибиотиков и аспирации экссудата - в 42,5% случаев.

При проведении повторных программированных вмешательств через бурсооментостому выполнялись: введение дренажных трубок в полость сальниковой сумки и в полость гнойных затеков в парапанкреатической клетчатке для промывания растворами антисептиков у 89,6%, секвестрэктомии у 33% пациентов, люмботомии под визуальным бурсооментоскопическим контролем у 10% больных.

Придерживаясь вышеизложенных тактических принципов и применяя уникальную лапароскопическую технологию в клинике, удалось снизить летальность до 14,18%.

При применении (у 54 пациентов) традиционного лапаротомного доступа за этот же период деятельности летальность при панкреонекрозе составила 44,49%.

Использование нашего метода лечения деструктивного панкреатита потребует специальных навыков и инструментария, но метод сравнительно прост, удобен в исполнении и не нуждается в использовании дорогостоящей аппаратуры.

В настоящее время готовится серийный выпуск необходимого инструментария и оборудования.

УДК 616.833.191

В.А.Козлов, А.Ш.Алюков, Д.А.Бабушкин, А.В.Заплутанов,
В.И.Овчинников, А.В.Столин

КРИОДЕСТРУКЦИЯ И КРИОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ
Кафедра хирургических болезней N2

Совершенствование техники хирургических вмешательств идет путем повышения терапевтической эффективности и уменьшения травматичности воздействия. Большие надежды в последнее время возлагаются на операции с помощью глубокого замораживания ткани.