

## ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

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

*Уральская государственная медицинская академия,  
Центральная городская клиническая больница № 1,  
Центр экспериментальной и клинической хирургии,  
Лаборатория медицинского инструментария и криотехнологий при УрО РАН,  
Екатеринбург*

### **Программированные вмешательства через бурсооментостому в лечении постнекротических панкреатических осложнений**

При лечении деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией и нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием эрозивных кровотечений. И.В. Козлов применил контрольно-динамическую бурсооментоскопию через бурсооментостому с диагностическими и лечебными целями. Почти 15 лет в клинике для санации сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки применяются отсроченные, так называемые программированные вмешательства, выполняемые через бурсооментостому или дополнительные доступы в забрюшинное пространство.

Для проведения вмешательств применяется специально сконструированное устройство со световодом и упорной площадкой для приближения передней брюшной стенки к задней поверхности живота и уменьшения глубины операционного доступа (патент № 95115437/14(026350)).

Одну ревизию сальниковой сумки делали всем пациентам. На основании многолетнего опыта оптимальным сроком для ее проведения считаем 4–6-е сутки после первичной операции, при условии отсутствия кровотечения или массивного гнойного процесса в сумке. Основной задачей первой ревизии является оценка локализации и объема некротического поражения. К 4–6-м суткам четко определяется граница демаркации в необратимо поврежденных тканях, что делает их хорошо отличимыми от жизнеспособных. К этому же сроку начинают формироваться гнойные очаги в поджелудочной железе, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке. Тщательно проводимое исследование позволяет их своевременно выявлять. При первой ревизии устанавливаются показания для проведения повторных вмешательств. При наличии признаков

нагноения контрольно-динамические осмотры продолжаем до его купирования и выполнения стенок сумки грануляционной тканью. При выраженных некротических и воспалительных изменениях повторные вмешательства проводятся через 24–48 ч, при стихании патологического процесса – через более длительные интервалы.

Наиболее часто из осложнений панкреонекроза встречался оментобурсит – 146 случаев (93,5%). Гнойный парапанкреатит выявлен у 34 пациентов: абсцессы – у 23 (14,7%), флегмоны – у 11 (7,1%).

Наиболее тяжелой является группа больных панкреонекрозом, осложненным секвестрацией. Мы выделяем три стадии образования секвестров в некротизированных тканях. Первая – завершение демаркации. Визуализируется при появлении четких границ некротически измененных тканей. Эта стадия обычно заканчивается к 4–6-м суткам. Вторая – фрагментация тканей и начало формирования полостей по периферии некроза. В исходе этой стадии некротический фрагмент остается фиксированным лишь на тонких нитевидных тканях (6–12-е сутки). Последняя стадия – формирование свободно лежащего секвестра. Она начинается с 12–14-х суток и может продолжаться до 2 мес. Секвестрэктомии следует проводить на последней стадии. Количество секвестров, удаленных у одного пациента, достигало 11. Во время одной ревизии удалялось до 4 крупных секвестров. Своевременное удаление экссудата, санация гнойных полостей и секвестрэктомии снижают риск возникновения эрозивных кровотечений. Наиболее полно провести санацию удастся после абдоминализации поджелудочной железы. У 12 (7,7%) пациентов применены различные способы дренирования забрюшинной клетчатки из отдельных доступов в поясничных областях, у 7 (4,5%) пациентов для сквозного дренирования забрюшинной клетчатки произведен доступ в боковых отделах передней брюшной стенки или в подвздошных областях. В 5 случаях (3,2%) забрюшинная клетчатка была дренирована через четыре разреза от диафрагмы до таза. Все вмешательства на забрюшинной клетчатке проводились из мини-доступа с использованием оригинального набора ретракторов.

При проведении динамических вмешательств через бурсооментостому и люмбостому у 156 больных панкреонекрозом нами выполнено 1866 различных диагностических и лечебных вмешательств, в среднем 11,9 у одного пациента. Выполнялись следующие виды вмешательств: разделение сращений – 10, удаление выпота – 856 манипуляций. Произведено 16 пункций для выявления гнойников. Вскрытие гнойников выполнялось в 34 случаях. Предпринято 19 вмешательств для остановки кровотечений. Некрэктомия произведена в 4 случаях, выполнено 384 секвестрэктомии. Количество программированных ревизий у наших пациентов колебалось от 1 до 21.

Применение программированных вмешательств через лапароскопическую открытую бурсооментостому и отдельные доступы в забрюшинное пространство для лечения панкреонекроза позволяет контролировать течение гнойно-

некротического процесса в самой железе и парапанкреатической зоне, определить срок проведения и объем вмешательств и, главное, провести эффективную хирургическую санацию. Благодаря усовершенствованию программированных санаций сальниковой сумки у больных панкреонекрозом после лапароскопической открытой бурсооментостомии летальность удалось снизить с 20,4 (Козлов, 1989 г.) до 14,1% .

*В.В. Плечев, Р.З. Лапьянов, А.Р. Титов, С.Л. Шилов*  
*Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

## **Новое в лечении панкреатита билиарного происхождения**

По данным литературы, при носительстве желчных камней в течение пяти и более лет в 100% случаев развивается хронический панкреатит, даже у пациентов, не имевших приступов болей в анамнезе (Комаров, 2000). Хронический панкреатит – длительно протекающее заболевание поджелудочной железы, характеризующееся некрозом ацинарных клеток в результате их самопереваривания с развитием воспалительной реакции, разрастанием на месте погибшей паренхимы соединительной ткани, а при прогрессировании процесса – развитием склероза. В результате воспалительных и склеротических изменений нарушается микроциркуляция в поджелудочной железе и, как следствие, развивается ишемия, которая проявляется болевым синдромом. Каждый новый приступ панкреатита ведет к усилению ишемии и нарастанию болевой реакции.

Нами разработан и внедрен метод хирургического лечения холецистопанкреатита, основанный на радикальной коррекции патологии желчевыводящих путей, как причины панкреатита, и одновременной денервации общей печеночной артерии, как способа, улучшающего нарушенную микроциркуляцию поджелудочной железы.

Результаты анализа проведенных нами интраоперационных исследований показателей реометрии поджелудочной железы до и после денервации общей печеночной артерии выявили снижение суммарного омического сопротивление органа в среднем на 25,6%. Данные реометрии поджелудочной железы, полученные во время операций при панкреонекрозе после проведенной денервации общей печеночной артерии тем лучше, чем раньше от начала заболевания проведена операция.

Таким образом, радикальная хирургическая коррекция имеющейся патологии желчевыводящих путей как ведущего фактора развития хронического панкреатита, с одной стороны, и устранение ишемии ткани поджелудочной железы – с другой, являются необходимым и патогенетически обоснованным подходом в лечении этой тяжелой категории больных.