

## Способ дренирования забрюшинной клетчатки при инфицированном панкреонекрозе

*Мерзликин Н.В., Кузнецов А.В., Барабаш В.И., Сорокин Р.В.*

## Method of drainage of retroperitoneal fat at infected pancreatonecrosis

*Merzlikin N.N., Kuznetsov A.V., Barabash V.I., Sorokin R.V.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Мерзликин Н.В., Кузнецов А.В., Барабаш В.И., Сорокин Р.В.

Проведено исследование, направленное на улучшение результатов лечения больных инфицированным панкреонекрозом, осложненного флегмоной забрюшинной клетчатки. Для достижения цели поставлены следующие задачи: разработать новый способ дренирования забрюшинной клетчатки при инфицированном панкреонекрозе — ретроперитонеостому, а также провести сравнительный анализ эффективности традиционных способов дренирования зоны поджелудочной железы при инфицированном панкреонекрозе (оментобурсостомия, люмбостомия) и ретроперитонеостомы.

Основу работы составили результаты обследования и лечения 60 больных, оперированных в хирургических отделениях городской больницы № 3 г. Томска по поводу панкреонекроза, осложненного флегмоной забрюшинной клетчатки.

Использование ретроперитонеостомии в лечении инфицированного панкреонекроза, осложненного флегмоной забрюшинной клетчатки, позволяет уменьшить послеоперационные осложнения с 36,6 до 15,79%, а также снизить летальность с 56,1 до 21,0%.

**Ключевые слова:** инфицированный панкреонекроз, абдоминация поджелудочной железы, ретроперитонеостома, оментобурсостома.

The aim of this study was to improve the results of treatment of patients with infected pancreatonecrosis complicated with phlegmon of retroperitoneal fat. Toward this end, the following tasks were formulated: to develop a new way of drainage of the retroperitoneal fat at infected pancreatonecrosis — retroperitoneostomy and to analyze comparatively the efficiency of traditional methods of drainage of the pancreatic gland zone at infected pancreatonecrosis (omnetobursotomy, lumbostomy) with retroperitoneostomy.

The analysis was based on the results of examination and treatment of 60 patients with pancreatonecrosis complicated with phlegmon of retroperitoneal fat, who were operated in surgical departments of the Tomsk municipal hospital no. 3 in 2004—2008.

The use of retroperitoneostomy in the treatment of infected pancreatonecrosis complicated with phlegmon of retroperitoneal fat decreased postsurgical complications from 36.6 to 15.79% and lethality from 56.1 to 21.0%.

**Key words:** infected pancreatonecrosis, abdominization of pancreatic gland, retroperitoneostomy, omnetobursotomy.

УДК 616.37-002.4-022.1-089.48-031:617.553

### Введение

Большая медико-биологическая и социально-экономическая проблема острого панкреатита (ОП) обусловлена продолжающимся неуклонным ростом заболеваемости, которая на сегодняшний день в Российской Федерации находится на уровне 38 случаев на 100 тыс. населения. Больные острым панкреатитом составляют 5—10% от общего числа пациентов хирургического профиля, уступая по частоте лишь ост-

рому аппендициту и острому холециститу [1, 4, 6, 7, 10].

В 15—25% случаев ОП носит тяжелый деструктивный характер и сопровождается различными осложнениями, являющимися основной причиной летального исхода. Летальность при панкреонекрозе (ПН) остается крайне высокой и, по данным различных авторов, составляет 25—70% [7, 10, 11]. У 80—90% больных она обусловлена инфицированием очагов деструкции. Именно эта категория пациентов с

гнойно-септическими осложнениями ПН вызывает значительные проблемы в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах [1—4, 6, 8, 9, 11].

Высокая летальность при инфицированном ПН обусловлена в первую очередь развитием такого грозного осложнения, как флегмона забрюшинной клетчатки. В качестве причины летальности выступает недостаточное дренирование забрюшинной клетчатки при инфицированном панкреонекрозе. Поэтому данная проблема остается актуальной в современной панкреатологии. В настоящее время нет единого мнения о видах, способах дренирования.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных инфицированным панкреонекрозом.

### Материал и методы

Основу работы составили результаты обследования и лечения 60 больных, оперированных в хирургических отделениях клиники кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного медицинского университета (г. Томск) по поводу панкреонекроза, осложненного флегмоной забрюшинной клетчатки, в 2004—2008 гг. Пациентам осуществляли несколько видов оперативных вмешательств. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения. Тяжесть и прогноз заболевания определяли с использованием критериев, предложенных НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе (г. Москва).

Анализ клинического материала подтвердил общемировые тенденции: увеличение деструктивных форм, снижение хирургической активности, сохраняющаяся высокая летальность. За последние 5 лет послеоперационная летальность при инфицированном ПН, осложненном флегмоной забрюшинной клетчатки, оставалась на высоком уровне (табл. 1).

Т а б л и ц а 1

Год	Количество больных ОП, абс. (%)		Летальность, абс. (%)
	Общее	С флегмоной забрюшинной клетчатки	
2004	62	6 (9,6)	4 (6,6)
2005	143	12 (8,4)	7 (5,3)
2006	178	14 (7,93)	7 (50,0)
2007	189	13 (6,87)	5 (38,4)
2008	215	15 (7,05)	4 (26,6)

С 2006 г. в клинике наряду с общепринятыми методами (оментобурсостомия (ОБС) и люмботомия)

разработан и активно применяется новый способ дренирования — ретроперитонеостомия (РПС), который позволил снизить послеоперационную летальность.

Все пациенты поступали в экстренном порядке. Ведущими этиологическими факторами в группах были алкогольный и билиарный.

У больных преобладал тотальный характер поражения поджелудочной железы (ПЖ), панкреонекроз протекал в крайне тяжелой форме, с развитием панкреатогенного шока, развитием гнойных осложнений (флегмона забрюшинной клетчатки), прогрессированием эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности.

В соответствии с задачами исследования были сформированы основная и контрольная группы пациентов. Ретроперитонеостомия использована у 19 человек (10 мужчин и 9 женщин, средний возраст 46,8 года), которые составили основную группу. Для оценки результатов лечения была сформирована контрольная группа — 41 пациент (26 мужчин и 15 женщин, средний возраст 49,3 года) с аналогичными формами ПН. При лечении больных обеих групп использовалась одинаковая медикаментозная терапия по стандартной схеме, соответствующая действующим в настоящее время стандартам оказания помощи при деструктивном панкреатите.

Т а б л и ц а 2

Группа	Всего	Возраст	Летальность, абс. (%)
Контрольная	41	49,3	23 (56,1)
Основная	19	46,8	4 (21,0)

В контрольной группе представлены больные, которым основным этапом выполнена абдоминализация ПЖ и формирование оментобурсостомы. Как показывает практика, при инфицированном ПН, осложненном флегмоной забрюшинной клетчатки, применение оментобурсостомии, абдоминализации ПЖ, дренирования брюшной полости и забрюшинной клетчатки известными способами недостаточно. Так, при использовании традиционных открытых способов дренирования области ПЖ и забрюшинного пространства количество осложнений в послеоперационном периоде в виде гнойников брюшной полости и забрюшинной клетчатки составляет 36,8% [5].

В основную группу включены пациенты, которым выполнили широкую ОБС, наружное дренирование желчевыводящих протоков (по показаниям) и РПС —

новый способ дренирования, разработанный в клинике (патент Российской Федерации 2358666).

Суть способа состоит в следующем: выполняют лапаротомию, открытую холецистэктомию или холецистостомию, абдоминализацию ПЖ, туалет и дренирование брюшной полости. Далее проводят наложение типичной широкой оментобурсостомы; затем выполняют косой разрез кожи, подкожной клетчатки, апоневроза наружной косой мышцы живота в левой подвздошной области (рис. 1), тупым путем выполняют расслоение внутренней косой и поперечной мышц живота, рассечение поперечной фасции живота (рис. 2, 3). Фасцию поперечной мышцы живота подшивают отдельными швами к апоневрозу и к краям раны и таким образом формируют ретроперитонеостому (рис. 4).



Рис. 1. Наложение широкой оментобурсостомы; косой разрез кожи, подкожной клетчатки, апоневроза наружной косой мышцы живота в левой подвздошной области



Рис. 2. Расслоение внутренней косой мышцы живота

Брюшину отслаивают тупо медиально и обнажают забрюшинную клетчатку до хвоста поджелудочной железы. Дренажи, выполненные в виде силиконовых трубок и резиново-марлевых тампонов, устанавливают к хвосту ПЖ и клетчатке малого таза. При повторной санации (через 3—5 сут) удаляют тампоны, а по

сформированному ходу устанавливают силиконовые дренажные трубки.

При обширном распространении гнойного процесса дренирование забрюшинной клетчатки по вышеописанному способу проводят также и справа, т.е. ретроперитонеостому дополнительно формируют и справа. В дальнейшем выполняют плановые санации ретроперитонеостомы до купирования гнойного процесса (от 3 до 11 раз). В последующем ретроперитонеостому и оментобурсостому закрываются вторичным натяжением.

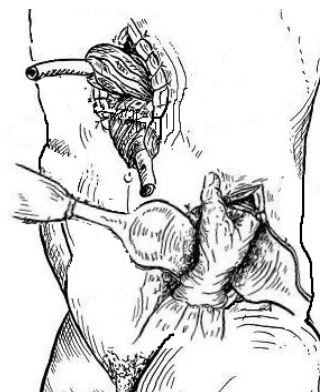


Рис. 3. Расслоение поперечной мышцы живота и рассечение поперечной фасции живота

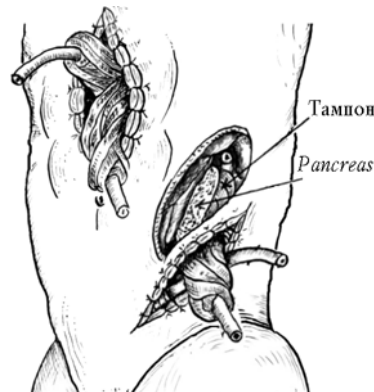


Рис. 4. Фасцию и апоневроз поперечной мышцы живота подшивают отдельными швами к апоневрозу наружной косой мышцы, а затем к краям раны

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона (0,01114), точного критерия Фишера (0,01079). Полученные величины гораздо меньше 5%, что свидетельствует о статистически значимой связи, которая проявляется в том, что в основной группе процент выздоровления примерно в 2 раза больше, чем в группе контроля.

## Результаты и обсуждение

В клинике ретроперитонеостомического дренирования брюшинной клетчатки при инфицированном ПН применено у 19 больных. Из них в 10 случаях РПС выполнялась слева, в 9 — с обеих сторон. Показанием к наложению ретроперитонеостомы является инфицированный панкреонекроз, осложненный флегмоной брюшинной клетчатки. Ни у одного пациента в послеоперационном периоде не развились гнойные осложнения, связанные с развитием флегмоны передней и боковой брюшных стенок. Умерли 4 человека (21%), причем у 2 больных причиной летального исхода стала острая сердечная недостаточность, основной процесс у них был купирован, и только 2 больных погибли от прогрессирования инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности.

Следует отметить, что применение РПС позволяет адекватно дренировать не только брюшинную клетчатку области ПЖ, но и паранефральную клетчатку, а также клетчатку малого таза, избегать гнойных осложнений в послеоперационном периоде (флегмоны передней, боковой брюшных стенок).

Использование различных доступов к брюшинной клетчатке показало, что наилучшие результаты в виде снижения послеоперационной летальности отмечены при использовании ретроперитонеостомии. Применение этого способа не требует поворота больного на бок во время операции, сокращая тем самым время оперативного вмешательства, исключает возникновение таких осложнений, как повреждение плевральной полости, флегмоны передней брюшной стенки (при люмботомии), инфицирование брюшной полости (при ретролапаростомии).

В послеоперационном периоде для анализа динамики лечения использовали показатели лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации, уровня гемоглобина и эритроцитов, а также биохимические — изменение динамики креатинина, мочевины, общего белка, глюкозы.

## Заключение

Результаты проведенного исследования показали, что представленный способ наложения ретроперито-

неостомы у больных с инфицированным панкреонекрозом, осложненным флегмоной брюшинной клетчатки, улучшает результаты лечения и позволяет снизить летальность с 56,1 до 21,0%, сокращает время первой операции и число последующих санаций брюшной полости и брюшинной клетчатки, позволяет избежать осложнений со стороны мягких тканей передней и боковой брюшных стенок.

## Литература

1. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.П. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / под ред. А.Д. Курыгина. СПб.: Изд-во «Питер», 2000. 309 с.
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита // Ан. хир. гепатол. 2001. Т. 6, № 1. С. 139—142.
3. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита // Ан. хир. гепатол. 2001. Т. 6, № 1. С. 125—129.
4. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром панкреатите: метод. рекомендации / сост. М.В. Лысенко и др. М.: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2007. 202 с.
5. Марьина М.Е., Соловьёв М.М. Способ дренирования ложа поджелудочной железы и дренажное устройство для его осуществления // Сб. тр., посвящ. 110-летию кафедры общей хирургии СибГМУ. 2001. С. 149—152.
6. Нестеренко Ю.А., Лантеев В.В., Михайлусов С.В. и др. Лечение панкреонекроза // Рос. мед. журн. 2002. № 1. С. 3—10.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. М.: МИА, 2008. 264 с.
8. Bradley E.L. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International symp. on acute Pancreatitis, Atlanta, Sept. 11—13, 1992 // Arch. Surg. 1993. V. 128. P. 586—590.
9. Buchler M.W., Gloor B., Müller C.A. et al. Acute necrotizing pancreatitis: Treatment strategy according to the status of infection // Ann. Surg. 2000. V. 232. P. 619—626.
10. Neoptolemos J.P. et al. Acute pancreatitis: the substantial human and financial costs // Gut. 1998. V. 42. P. 886—891.
11. O'Reilly D.A., Kingsnorth A.N. Management of acute pancreatitis: Role of antibiotics remains controversial // BMJ. 2004. V. 328. P. 968—969.

Поступила в редакцию 19.03.2010 г.

Утверждена к печати 17.03.2010 г.

**Сведения об авторах**

*Н.В. Мерзликин* — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ (г. Томск).

*А.В. Кузнецов* — ординатор хирургического отделения СибГМУ (г. Томск).

*В.И. Барабаш* — канд. мед. наук, ординатор хирургического отделения СибГМУ (г. Томск).

*Р.В. Сорокин* — канд. мед. наук, ординатор отделения гнойной хирургии СибГМУ (г. Томск).

**Для корреспонденции**

*Кузнецов Артём Владимирович*, тел. 8-923-404-0520, e-mail: dohtur@sibmail.com