Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский Государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

Винник Юрий Семенович

РЕФЕРАТ

Тема: Оперативная тактика при остром панкреатите

Выполнил: врач-ординатор

Хамдамов Н.Б.

Красноярск, 2020

**Хирургическое лечение**

Тактика хирургического вмешательства определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой поджелудочной железе.

Лечение больных с гнойно-некротическими осложнениями острого панкреатита должно быть индивидуальным и зависеть от механизмов развития, вариантов поражения органов брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств, признаков синдрома воспалительной реакции с прогнозируемым риском течения заболевания.

В течение последних лет методы комплексного лечения некротичского панкреатита были усилены блокаторами панкреатичской секреции на «фоне» снижения числа вмешательств в ранние сроки заболевания. Так, при ретроспективном анализе результатов оперативных вмешательств прошлых десятилетий отмечается высокая послеоперационная летальность.

Рациональные вскрытия и дренирования забрюшинных флегмон с последующим закрытым проточным лаважем были дополнены рядом новых методик, в том числе применением программированных некрсеквестэктомий через сформированную оментобурсостому, а также использованием малоинвазивных лапароскопических технологий.

Более широкое применение находят методики пункционного лечения осложнённых постнекротических кист поджелудочной железы и локализованных инфицированных форм острого панкреатита в сальниковой сумке.

Вместе с тем: остаются спорными практически все основные вопросы хирургической тактики лечения ОП в стадии гнойных осложнений:

отсутствуют чёткие критерии оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, его характера и объёма;

вариантов завершения операции;

способов дренирования очагов некроза, особенно в случаях распространённого некротического процесса. А именно адекватное дренирование при гнойных осложнениях острого панкреатита является тем «золотым стадартом», который может быть преградой для дальнейшего прогрессирования некротического процесса, особенно по забрюшинным клетчаточным пространствам.

Ранняя (I) фаза.

Лечение острого панкреатита в IА фазе заболевания.

лапароскопическое вмешательство

Выполнение лапароскопии рекомендуется:

пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости.

при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Рекомендуется выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.

Задачи лапароскопической операции:

а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии – мезентериального тромбоза и др.); к признакам ОП относятся:

наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;

наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);

наличие стеатонекрозов;

б) выявление признаков тяжёлого панкреатита:

геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);

распространённые очаги стеатонекрозов;

обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

Верификация серозного («стекловидного») отёка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжёлого общего состояния пациента) не исключает наличие тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

в) лечебные задачи:

удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости.

Поздняя (II) фаза (секвестрации).

Лечение острого панкреатита в фазе септической секвестрации, т.е. лечение гнойных осложнений.

При гнойных осложнениях ОП рекомендуется хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки.

Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как минимально инвазивными, так и традиционными методами.

При решении вопроса о первичном дренировании абсцесса поджелудочной железы или гнойно-некротического парапанкреатита рекомендуется отдавать предпочтение минимально инвазивным вмешательствам (дренирование под УЗ-наведением, ретроперитонеоскопия, минилапаротомия с помощью набора «Мини-ассистент» и др.).

При неэффективности минимально инвазивного дренирования операцией выбора является санационная лапаротомия с некрсеквестрэктомией. Дренирование предпочтительно осуществлять внебрюшинными доступами. Оптимальными сроками выполнения первой санационной лапаротомии с некрсеквестрэктомией являются 4-5 недели заболевания. При развитии осложнений, которые невозможно купировать с помощью минимально инвазивных вмешательств, необходимо выполнять открытую операцию, в том числе из мини-доступа.

После операции у большинства больных формируется наружный панкреатический свищ, который после купирования воспалительного процесса лечится консервативно и закрывается самостоятельно в среднем за 2-4 месяца.

При стойком панкреатическом свище, не закрывающимся более чем за 6 месяцев, рекомендуется оперативное лечение в плановом порядке.

Рассматривая хирургические методы лечения острого панкреатита, прежде всего необходимо остановиться на лапароскопии. Этот метод позволяет с достаточно высокой точностью поставить правильный диагноз, верифицировать формы панкреонекроза и выявить перитонит. Применение лапароскопии позволяет избежать необоснованных лапаротомий, обеспечить в ряде случаев адекватное дренирование и эффективное лечение, а в других случаях обосновать показания к лапаротомии.

Во время операции по поводу острого деструктивного панкреатита хирург должен решать проблему выбора рациональной хирургической тактики. Как известно, в настоящее время используются два основных направления. Это, *во-первых*, установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа, что позволяет удалять токсичные и вазоактивные вещества. *Во-вторых*, резекция (обычно дистальных отделов) поджелудочной железы, что предупреждает возможную последующую аррозию сосудов и кровотечение, а также образование абсцессов.

Отдельно необходимо упомянуть *операцию Лоусона*, так называемую операцию «множественной стомы», заключающуюся в наложении гастростомы и холецистомы, дренировании сальникова отверстия и области поджелудочной железы. При этом возможно контролировать отток ферментонасыщенного отделяемого, выполнять декомпрессию внепеченочных желчных протоков, производить энтеральное питание больного.

Каждый из вышеуказанных типов операций имеет определенные недостатки. Так, при резекции поджелудочной железы у значительного числа больных в послеоперационном периоде развивается экзо- и эндокринная недостаточность, что связано иногда со значительным поражением поджелудочной железы, а иногда с невозможностью во время операции (даже при использовании интраоперационного УЗИ поджелудочной железы) определить объем поражения, в результате чего удаляется и неизмененная ткань железы.

Подобные операции на практике не всегда устраняют вероятность развития гнойных осложнений. В связи с этим иногда возникает необходимость в повторных операциях, что увеличивает послеоперационную летальность.

При первом типе операционной тактики часто отмечается улучшение состояния пациента в течение первых 10 дней после начала лечения. Однако не исключено в дальнейшем развитие осложнений. К тому же диализ возможно проводить лишь в первые 48 часов после установки дренажей, так как после они перестают функционировать.

Смерть больных при данной патологии, как правило, наступает от тяжелых септических осложнений и дыхательной недостаточности. Операция Лоусона не должна проводиться в условиях панкреатогенного перитонита.

Самой главной и нерешенной проблемой при всех вышеперечисленных типах операций является очень частая необходимость релапаротомий из-за продолжающегося панкреонекроза или в связи с развитием вторичных осложнений (абсцессов, кровотечений и др.)

Для выполнения неоднократных плановых релапаротомий и временного закрытия лапаротомной раны предложено использование «застежек-молний». Однако они имеют недостатки, так как могут вызвать некроз тканей стенки живота, требуют дополнительного вмешательства для удаления их после прекращения патологического процесса в брюшной полости, кроме того они не позволяют в достаточной мере регулировать изменение внутрибрюшного давления.

Одним из перспективных способов оперативного лечения острого деструктивного панкреатита является методика *динамической оментопанкреатостомии*, разработанная на кафедре хирургии УНЦ и нашедшая применение в лечебных учреждениях России и странах СНГ.

Данную операцию производят в такой последовательности. После верхней срединной (возможно выполнение поперечной) лапаротомии рассекают желудочно-толстокишечную связку на всем протяжении и капсулу ПЖ, после чего производят ревизию железы (при подозрении на поражение головки выполняют мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру). При наличии деструктивного панкреатита или его осложнений осуществляют абдоминизацию железы.

Затем фиксируют аппарат для сближения краев раны на переднюю брюшную стенку. Через контраппертуры в боковых фланках живота, к области ПЖ (над и под ней) устанавливают два силиконовых дренажа друг против друга для проведения проточного лаважа. Далее осуществляют фиксацию краев желудочно-толстокишечной связки к париетальной брюшине краев лапаротомной раны («марсупиализация» ПЖ).

Следующим этапом операции является наложение провизорных швов на апоневроз края лапаротомной раны на протяжении всего отверстия «сумки» без фиксации. Операцию завершают сведением вертикальных пластин аппарата с помощью имеющихся винтов.

При стихании воспалительного процесса на фоне консервативного или (и) оперативного лечения и отсутствии показаний к раскрытию лапаростомы затягивают провизорные швы и полностью стягивают вертикальные пластины аппарата, наложенного на переднюю брюшную стенку, а в дальнейшем при заживлении снимают его и провизорные швы. Летальность при использовании данной методики в нашей клинике составила 42,85%.

Таким образом, использование предлагаемого способа хирургического лечения острого деструктивного панкреатита обеспечивает по сравнению с существующими способами следующие преимущества:

1. Возможность периодической ревизии ПЖ без выполнения релапаротомии.

2. Возможность избежать вторичного нагноения области ПЖ из-за дополнительного введения перевязочного материала.

3. Отграничение патологического процесса от свободной брюшной полости.

4. Контроль адекватности и эффективности консервативного и оперативного лечения. Возможность в зависимости от течения заболевания более рационально комбинировать активную, агрессивную хирургическую тактику с более щадящей, консервативной.

5. Возможность заживления лапаротомной раны линейным рубцом без дополнительных оперативных вмешательств и образования вентральной грыжи.

Данный метод позволяет осуществлять адекватный дренаж панкреатического ферментонасыщенного экссудата, гноя при вторичных осложнениях. Использование его способствует отхождению секвестров, быстрой остановке аррозивного кровотечения в случае его развития, при этом не требуется длительной механической ИВЛ, снижается риск развития свищей органов желудочно-кишечного тракта при повторных ревизиях брюшной полости.

Таким образом, использование необходимых диагностических тестов и прогностических признаков позволяет избрать правильную лечебную тактику, включая проведение своевременных и адекватных хирургических вмешательств. Применение современных методик экстракорпоральной детоксикации и оригинальной хирургической операции позволяет улучшить результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

**Литература**

1. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика при остром некротическом панкреатите Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильев А.А., Епифанцев А.А., Джансыз И.Н., Ширшов И.В., Юдин А.А. - Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украинский журнал хирургии 3(22) 2013

1. Костырной А.В, Хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза Костырной А.В., Керимов Э.Я., Керимов Э.Э., Имад Мохаммед, Абдел С.К. Байоуми Современные проблемы науки и образования Выпуск журнала № 1 за 2017 год

3. Лузганов Ю.В. Дифференциальная диагностика и принципы терапии различных форм панкреатита и панкреонекроза Лузганов Ю.В., Островская Н.Е., Ягубова В. А., Шкиря К.С. Регулярные выпуски «РМЖ» №27 от 25.12.2005 стр. 1842 Подолужный В.И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении Фундаментальная и клиническая медицина том 2, № 4 2017

4. Фролов Л.А. Хирургическая тактика при лечении больных острым панкреатитом Новости хирургии №1 2009 г том 17