

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИАЛИЗНОЙ ХИРУРГИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

О.И. Васильева – канд. мед. наук, ст. научн. сотр.

Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии МЗ КР

It is shown that the through drainage of retroperitoneal space according to the close type in patients with pancreonecrosis, hinders generalization of the process, accelerates the process of detoxication by 2.4 times and decreases mortality rate in case of pancreonecrosis to 10%.

Как известно, при остром панкреатите процесс деструкции всегда переходит на забрюшинную клетчатку. Летальность больных при таких процессах составляет более 50% и обусловлена в основном неадекватным дренированием парапанкреатической забрюшинной клетчатки и флегмон, распространенных книзу от поджелудочной железы [6]. Имеющиеся к настоящему времени в арсенале методы хирургического вмешательства при панкреонекрозах можно разделить на два типа: резекционные и дренирующие. К большому сожалению, все резекционные методы, хотя и являются радикальными, дают высокий процент летальных исходов.

Сегодня при панкреонекрозе используются три основных метода дренирующих операций [4]. Закрытый, открытый и полуоткрытый. Представления о наиболее рациональной лечебной тактике при этом заболевании не раз изменялись, что нашло широкое отражение в исследованиях многочисленных авторов и неоднократно являлось предметом обсуждения на хирургических съездах и конференциях [1, 2, 3, 5].

В данной работе разрабатывается эффективный метод закрытого диализа клетчаточного пространства региона поджелудочной железы при деструктивных формах панкреатита.

Материал и методы. Исследования включают в себя анатомический и клинический разделы. Анатомическая часть проведена

на 62 невостребованных (согласно п. 52 Закона об охране здоровья населения в КР) трупах людей обоего пола, умерших в возрасте 40–60 лет ненасильственной смертью без патологии брюшной полости и забрюшинного пространства, и семи трупах людей, умерших в результате развития тотального панкреонекроза.

Обработку кадаверного материала производили по технологии, предложенной G. von Hagens [7]. Для выявления возможностей использования окружающего поджелудочную железу клетчаточного слоя в качестве возможного объекта эндозкологической санации региона нами исследовалось межфасциальное клетчаточное пространство на серийных срезах пластинационных препаратов забрюшинного комплекса.

В клинический раздел включены 110 пациентов, оперированных в хирургических отделениях Чуйской областной объединенной больницы и Научном центре реконструктивно-восстановительной хирургии МЗ КР по поводу панкреонекроза за период с 1994 по 2006 гг. Больные, в зависимости от способа дренирования и проводимой послеоперационной терапии, были распределены на две группы: основная и контрольная.

В первую (контрольную) группу вошли 58 больных, оперированных по поводу панкреонекроза, у которых традиционно проводилась декапсуляция поджелудочной железы с некрэктомией, дренирование сальниковой сумки с

оментопексией. В послеоперационном периоде назначалась инфузионная детоксикационная терапия с внутримышечным и внутривенным введением контрикала, цефамизина, кефзола и т.д.

Во вторую (основную) группу вошли 52 больных, оперированных по поводу панкреонекроза по предложенной методике забрюшинного дренирования клетчаточных пространств поджелудочной железы.

Пациентам основной и контрольной групп провели комплексное клиническое и лабораторное обследование.

Результаты исследований. Изучение органокомплексов региона свидетельствует, что в норме поджелудочная железа топографически расположена забрюшинно и малоподвижна. Фасциальные футляры головки и тела поджелудочной железы разъединены верхними брыжеечными сосудами и крючковидным отростком. Между предпочечной фасцией и капсулой поджелудочной железы расположен слой рыхлой клетчатки, благодаря чему тело и хвост поджелудочной железы легко отделяются от предпочечной фасции вместе с селезеночными сосудами. Окружающий поджелудочную железу клетчаточный слой на всем протяжении различной толщины.

Наличие обширного клетчаточного пространства, окружающего поджелудочную железу, минимальная толщина которого на всем ее протяжении не менее 5 мм, создает топографо-анатомически обоснованные возможности к разработке иных оперативных доступов к санации региона.

На основании проведенного анатомического исследования выявлены особенности синтопии поджелудочной железы, которые предполагают возможности разработки методов наиболее рационального подхода к дренированию клетчаточных пространств поджелудочной железы и забрюшинной области при панкреонекрозе. Это позволяет максимально сохранить структурную целостность поджелудочной железы, повышая эффективность хирургического лечения острых деструктивных панкреатитов.

Традиционно тактика хирургического вмешательства на поджелудочной железе в первую очередь определяется глубиной анатомических изменений органа. Однако до на-

стоящего времени проведение дренирующих операций при остром панкреатите лишено рационального конформизма.

Используемые сегодня методы забрюшинного дренирования области поджелудочной железы по А.А. Шалимову и А.К. Панько, Ю.А. Горскому [6] через левую поясничную область имеют ряд недостатков: а) дренируется только задняя поверхность железы; б) возможно ятрогенное повреждение левого надпочечника, почки и ее сосудов; в) большая вероятность аррозивных повреждений крупных кровеносных сосудов забрюшинного пространства – как результат воздействия высокой концентрации ферментов поджелудочной железы, то есть, отсутствует орошение через микроирригатор; г) не предусматривается наружное дренирование желчных путей для препятствия возникновению билиарнопанкреатического рефлюкса; д) наличие дренирующих трубок на дорсальной поверхности создает функционально не очень выгодное положение для больного.

Для предотвращения указанных выше недостатков нами разработан новый оригинальный метод хирургического лечения деструктивных форм панкреатита. Основная задача метода – ограничение распространения гнойно-некротического процесса путем ускоренного оттока экссудата на всем протяжении забрюшинного пространства.

Это достигалось благодаря тому, что кроме проведения дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и предпочечной фасцией, дополнительно вводили дренажи через пространство между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной. Дренажи справа и слева в околоободочное пространство проводили на двух уровнях, по три дренажные трубки. На первом уровне – в проекции II поясничного позвонка, на втором уровне – в проекции IV–V позвонков. Через верхний угол лапаротомной раны и малый сальник в забрюшинное пространство к верхнему полюсу поджелудочной железы подводится микроирригатор для постоянного обильного орошения антисептическими растворами для отмывания девитализированных тканей и снижения концентрации ферментного прессинга. Целостность брюшины восстанавливается. На поверхность тела больного дренаж-

ные комплексы выводятся по линии Лесгафта, то есть, на границе передне-боковой стенки живота и поясничной области. Это гидродинамически более обосновано с учетом расположения первого клеточного слоя забрюшинного пространства и не создает функциональных неудобств больному. Дополнительно проводится страховочное дренирование полости малого таза. Брюшная полость ушивается наглухо.

По данной методике в клинике НЦРВХ прооперированно 52 больных с панкреанекрозом. Результаты проведенных клинических исследований показали, что двухуровневое расположение дренажных трубок ускоряет процесс оттока некротизированных масс практически на всем протяжении забрюшинного пространства. Активный диализ предотвращает повышенную концентрацию панкреатических соков, воздействующих на близлежащие живые ткани, и таким образом ускоряет как процесс удаления девитализированных тканей, так и регенерацию. Послеоперационное ведение больных стандартное, дренажи извлекаются по мере очищения отделяемого. Послеоперационные швы у больных с панкреанекрозом, оперированных по предложенной методике, зажили первичным натяжением. Средняя продолжительность лечения составила 40–45 дней.

Описанный способ дренирования забрюшинного пространства при гнойном панкреатите обеспечивает адекватный отток гнойно-некротических масс из забрюшинной клетчатки и проточное ее промывание, что предотвращает дальнейшее распространение гнойно-некротического процесса книзу по забрюшинному пространству. Техническое исполнение его довольно простое и не представляет трудностей для проведения дренажных трубок в забрюшинное пространство. Следует особо подчеркнуть, что предложенный нами способ в 2,4 раза ускоряет процесс детоксикации организма и снижает летальность при панкреанекрозе до 10%.

Несомненно, важным в лечении больных деструктивным панкреатитом является интенсивная многокомпонентная и консервативная терапия в послеоперационном периоде. Не вызывает также сомнений и необходимость проведения антибиотикотерапии. При этом превентивная терапия с применением препаратов широкого спектра действия должна быть нача-

та сразу после установления диагноза деструктивного панкреатита. Ибо [5] мировая статистика показывает, что профилактическое применение антибиотиков даже при некрозе 30% ткани железы в два–три раза повышает уровень выживаемости пациентов.

Таким образом, использование комплекса мероприятий при региональной эндоэкологической санации значительно улучшает результаты хирургического лечения панкреанекроза по сравнению с традиционными методами. Предложенный метод региональной эндоэкологической санации при остром панкреатите позволяет максимально сохранить структурную целостность поджелудочной железы, повышая эффективность хирургического лечения. Наш опыт по лечению деструктивных форм панкреатитов показывает, что выбором метода лечения является забрюшинное дренирование поджелудочной железы с эндоэкологической санацией региона.

Литература

1. *Акрамов Э.Х., Акылбеков И.К., Ахунбаев М.И. и соавт.* Избранные вопросы гнойной хирургии. – Бишкек – Новосибирск, 1999. – 540 с.
2. *Апсаров Э.А., Муқанов М.У.* Эффективность лечения острого деструктивного панкреатита соматулином // Вопросы морфологии и клинки. – Алматы, 2002. – Вып. 2. – С. 37–39.
3. *Благитко Е.М., Добров С.Д., Головнев В.А. и соавт.* Выбор хирургической тактики и способа операции при кистах поджелудочной железы // Морфология и хирургия. – Вып. 2. – Науч. тр. НГМА. – Т. 151. – Новосибирск, 2000. – С. 36–39.
4. *Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З.* Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения // Новый хирургический архив. – 2002. – Т. 1. – № 5.
5. *Мусаев Г.Х., Харнас С.С.* Панкреатит. Минимальноинвазивные вмешательства в лечении острого панкреатита и его осложнений // ВМГ. – 2002. – № 9. – С. 16–18.
6. *Шалимов А.А.* Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. – М., 1970.
7. *Hagens G.* Method for preserving large sections of biological tissue with polymers. – U.S.A. Patent (19) 4, 320, 157. – Mar. – 16. – 1982.