

УДК 616.37-002-089

## ПРИНЦИПЫ АНАТОМИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЙ ДЕКОМПРЕССИВНО-ДИАЛИЗНОЙ ТЕРАПИИ РЕГИОНА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

О.И. Васильева

Проведены анализ и обоснование применения оригинального способа дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите. Показано, что декомпрессия и проточное дренирование забрюшинного пространства по закрытому типу у больных с панкреонекрозом препятствует дальнейшему распространению процесса и ускоряет процесс детоксикации организма.

*Ключевые слова:* панкреонекроз; диализ; декомпрессия.

---

## PRINCIPLES ANATOMICALLY JUSTIFIED DECOMPRESSIVE-DIALYSIS THERAPY IN THE REGION OF THE PANCREAS WITH SEVERE PANCREATIC NECROSIS

O.I. Vasileva

In this paper conducted studies and analysis of the use of the original method of retroperitoneal drainage in acute destructive pancreatitis. It is shown that the flow-through decompression and drainage of the retroperitoneal space at the closed type in patients with pancreatic necrosis prevent further spread of the process accelerates the detoxification of the body.

*Keywords:* pancreatic necrosis; dialysis; decompression.

**Актуальность.** Несмотря на использование достижений медицины и комплексного лечения деструктивных форм острого панкреатита, при тяжелых формах панкреонекроза летальность достигает 46,4–58 % и более [1–3]. Причиной летального исхода у этой категории пациентов чаще всего являются прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне ферментативного прессинга, альтерации тканей, развития выраженной интоксикации и присоединения гнойных осложнений.

В настоящее время хирурги солидарны в том, что необходим комбинированный подход к лечению больных с острым панкреатитом [4–8]. При переходе процесса в некроз и нагноение (некротический и гнойный панкреатит) возникают абсолютные показания к применению хирургической тактики. Поскольку при вмешательствах на поджелудочной железе хирург оперирует в сложных условиях доступа (забрюшинная локализация, наличие вокруг крупных сосудов и нервов, выраженные патоморфологические и деструктивные изменения и т. д.), он должен иметь четкое представление о вариантах топографии данного органа и его взаимоотношениях с близлежащими образованиями.

Цель исследования – изучить особенности течения послеоперационного периода и оценить эффективность и детоксикационное действие раз-

работанного и предложенного метода хирургического лечения деструктивных форм панкреатита.

**Материал и методы.** Проведено клиническое исследование. Под нашим наблюдением за период с 1994 по 2016 г. находилось 132 пациента, оперированных в хирургических отделениях Чуйской областной объединенной больницы и Научном Центре реконструктивно-восстановительной хирургии МЗ КР по поводу тотального панкреонекроза. Больные, в зависимости от способа дренирования и проводимой послеоперационной терапии, были распределены на 2 группы – основную и контрольную.

В первую (контрольную) группу вошли 58 больных, оперированных в ранний период (ретроспективное исследование) по поводу панкреонекроза, у которых традиционно проводилась декапсуляция поджелудочной железы с некрэктомией, дренирование сальниковой сумки с оментопексией. В послеоперационном периоде назначалась интенсивная детоксикационная и антибактериальная терапия, введение ингибиторов протеаз, лечение полиорганной дисфункции.

Во вторую (основную) группу вошли 74 больных, оперированных по поводу панкреонекроза по предложенной методике забрюшинного дренирования клетчаточных пространств поджелудочной железы. В послеоперационном периоде, наряду

с традиционной детоксикационной и антиферментной терапией, проводилась проточная (по методике, указанной выше) санация интерстиция региона поджелудочной железы физиологическим раствором с добавлением метронидазола. Для разблокирования региональных лимфатических путей применяли 0,25%-ный раствор новокаина. Оценку тяжести состояния больных проводили по интегральной шкале Ranson. Учитывали показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), уровня МСМ, изменения внутрибрюшного давления, динамическое исследование распространенности процесса при УЗИ.

С учетом анатомических особенностей нами разработан оригинальный метод хирургического лечения деструктивных форм панкреатита – способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите [9].

Дренирование проводится с использованием максимальной мобилизации поджелудочной железы. Задача достигалась тем, что кроме проведения дренажных трубок к ложу поджелудочной железы с обеих сторон через пространство между фасцией Тольдта и передпочечной фасцией, дополнительно вводят дренажи через пространство между фасцией Тольдта и париетальной брюшиной, позадибрюшинной фасцией и в полость малого таза, а дренажи справа и слева в околоободочное пространство проводят на двух уровнях по три дренажные трубки: на первом уровне – в проекции II поясничного позвонка, на втором уровне – в проекции IV–V позвонков, после чего осуществляют изолированный диализ по верхнему полюсу поджелудочной железы через малый сальник.

Целостность брюшины восстанавливается. На поверхность тела больного дренажные комплексы выводятся по линии Лесгафта, т. е. на границе переднебоковой стенки живота и поясничной области. Это гидродинамически более обосновано с учетом расположения первого клеточного слоя забрюшинного пространства и не создает функциональных неудобств больному. Операция заканчивается оментопанкреапексией (восстановление кровоснабжения остатков железы, сальниковая антиаррозивная защита задней стенки желудка) и восстановлением желудочно-ободочной связки. Кроме того, для снижения давления в системе желчных путей, накладывается холецистостома. Брюшная полость ушивается наглухо.

**Обсуждение.** Результаты 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. Декомпрессия и проточное дренирование забрюшинного пространства по закрытому типу у боль-

ных с панкреонекрозом препятствует дальнейшему распространению процесса, в 2,8 раза ускоряет процесс детоксикации организма.

Наиболее информативным показателем является ЛИИ, который увеличен к моменту поступления больных более чем в 10 раз, и снижение его в послеоперационном периоде ярко демонстрирует эффективность работы дренажной системы по региональной санации интерстициального пространства поджелудочной железы.

#### Литература

1. *Сандаков П.Я.* Хирургическое и консервативное лечение больных острым панкреатитом / П.Я. Сандаков, В.А. Самарцев, Д.А. Минеев // Хирургия. 2014. № 10. С. 56–63.
2. *Серегин Р.В.* Клинико-анатомическое обоснование выбора миниинвазивных доступов при хирургическом лечении больных панкреонекрозом с поражением забрюшинной жировой клетчатки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.В. Серегин. М., 2004. 19 с.
3. *Bollen T.L., van Santvoort H.C., Besselink M.G., van Leeuwen M.S., Horvath K.D., Freeny P. C., Gooszen H.G.* The Atlanta Classification of acute pancreatitis revised // British Journal of Surgery. 2008; 95: 1: 6–21.
4. *Акрамов Э.Х.* Анатомо-топографические характеристики поджелудочной железы и обоснование хирургических вмешательств при деструктивных формах панкреатита / Э.Х. Акрамов, О.И. Васильева, В.Х. Габитов и др. // Научно-теоретический медицинский журнал “Морфология”. М., 2008. № 4. С. 20–23.
5. *Акрамов Э.Х.* Экспериментальное, топографо-анатомическое и клиническое обоснование разработки методов эндозоологической санации региона поджелудочной железы для улучшения результатов хирургического лечения больных с панкреонекрозом / Э.Х. Акрамов, С.Г. Штофин, О.И. Васильева // Материалы VIII Междунар. науч. симп. и IX Чуйской науч.-практ. конф. Бишкек, 2007.
6. *Гостищев В.К.* Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // IX Всерос. съезд хирургов. Волгоград, 2000. С. 30–31.
7. *Дюжева Т.Г.* Внутрибрюшная гипертензия у больных тяжелым острым панкреатитом / Т.Г. Дюжева, А.В. Шефер // Хирургия. 2014. № 1. С. 21–29.
8. *Ивачева Н.А.* Хирургическое лечение и реабилитация больных панкреонекрозом / Н.А. Ивачева, А.С. Ивачев, Н.А. Баулин. Пенза: Изд-во ПГУ, 2005. 212 с.
9. *Габитов В.Х.* Способ дренирования забрюшинного пространства при остром деструктивном панкреатите. Патент № 221 / В.Х. Габитов, Э.Х. Акрамов, О.И. Васильева. Бишкек, 1997.