

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТОПОГРАФИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ТАКТИКА ХИРУРГА

Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru

В статье дан анализ оперативного лечения 357 больных острым деструктивным панкреатитом. Изучены пути распространения гнойно-некротического процесса в зависимости от первоначального очага поражения. Выделено четыре варианта распространения патологического процесса при деструктивном панкреатите и предложены методы их дренирования. Использование результатов изучения распространения патологического процесса при указанных вариантах позволяет правильно выбрать доступ к патологическому очагу и избрать наиболее рациональный вариант его дренирования.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, гнойно-некротический процесс.

S. V. AVAKIMYAN, V. A. AVAKIMYAN, R. V. GEDZUN, M. G. SULIMOV

INTRAOPERATIVE TOPOGRAPHY OF THE PATHOLOGICAL PROCESS IN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS AND SURGEON TACTICS

Chair of hospital surgery Kuban state medical university, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru

The article presents the analysis of surgical treatment of 357 patients with acute destructive pancreatitis. Studied the spread of pyo-necrotic process, depending on the initial lesion focus. Allocated four variant of the pathological process in the destructive pancreatitis and proposed methods of their drainage. Using the results of the study of the spread of pathological process in the versions allows you to select the right of access to a pathological nidus and to choose the most rational variant of its drainage.

Key words: destructive, pancreatitis, pyo-necrotic process.

Введение

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) является одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости и занимает ведущее место в ургентной абдоминальной хирургии. Об этом свидетельствует как отсутствие единых и согласованных взглядов по вопросам классификации ОП, выбора показаний, оптимальных сроков и методов хирургического лечения панкреонекроза, так и стабильно высокая летальность при данном заболевании. Она составляет, по данным разных авторов, от 5% до 10%. В 20–30% случаев течение ОП носит деструктивный характер, при котором летальность достигает 40%. Согласно данным В. С. Савельева и соавт. (2000), А. Н. Лищенко, Л. Л. Беспалова (2005), Р. Gotzinger et al. (2003), у каждого пятого больного развиваются ранние (токсемические) и поздние (гнойно-септические) осложнения. Уже с первых часов от начала заболевания развивается токсемия. Одной из главных причин токсемии являются аутолиз клеток ткани поджелудочной железы и ферментативный некроз парапанкреатической клетчатки с последующим развитием полиорганной недостаточности (М. В. Кукош, М. С. Петров, 2006).

Для правильного выбора доступа к патологическому процессу и выбора метода дренирования гнойно-некротических очагов принципиально важно знать пути распространения некрозов в забрюшинном пространстве.

Материалы и методы

Диагноз острого панкреатита основывался на клинических данных, лабораторных и аппаратных методах исследования (объективные данные, исследова-

ние ферментов, ЭГДС, РХПГ, УЗИ, КТ и др.). Нами изучена интраоперационная топография распространения патологического процесса у 357 больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита и его осложнений в виде парапанкреатита, и распространенных флегмон забрюшинного пространства.

Результаты

Среди путей распространения гнойно-некротического процесса при остром деструктивном панкреатите и парапанкреатите мы выделили 4 варианта.

Первый вариант (правосторонний) наиболее частый, он встретился у 153 больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита и парапанкреатита. При первом варианте гнойно-деструктивный процесс распространяется по задней поверхности двенадцатиперстной кишки, подпеченочному и надпеченочному (правое поддиафрагмальное) пространству, правой половине толстой кишки, и распространение гнойного процесса на область правого паранефрия было отмечено у 1 больного, жидкость в правом плевральном синусе была выявлена у 2 больных. У многих больных во время операции было отмечено вовлечение в патологический процесс не одного а нескольких клетчаточных пространств, что, естественно, омрачало прогноз течения заболевания.

На основании интраоперационного изучения путей распространения патологического процесса в брюшной полости и в забрюшинном пространстве прибегали к различным вариантам дренирования патологических очагов в зависимости от их локализации.

Схематически 1-й вариант распространения патологического процесса и пути и методы его дренирования приведены на рисунке 1.

Второй – центральный (мезентериальный) вариант встретился у 59 оперированных больных. При втором варианте гнойно-деструктивный процесс распространяется от нижнего края тела поджелудочной железы книзу вдоль аорты и подвздошных сосудов, опускаясь в подвздошные области и малый таз, а также вдоль верхней брыжеечной артерии, распространяясь на корень как тонкого кишечника, так и толстой кишки. У каждого третьего больного на операции было выявлено поражение двух или трех анатомических областей. Схема распространения патологического процесса при втором варианте и методы его дренирования представлены на рисунке 2.

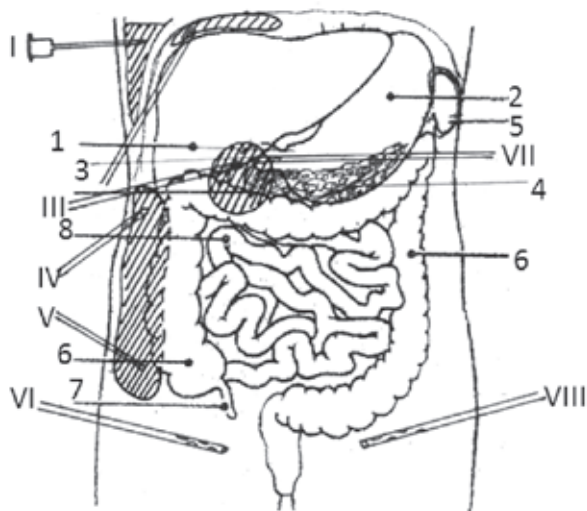


Рис. 1. Методы дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства при первом варианте распространения патологического процесса при остром деструктивном панкреатите (пути распространения патологического процесса на рисунке заштрихованы)

Примечание: 1 – печень; 2 – желудок; 3 – 12ПК; 4 – поджелудочная железа; 5 – селезенка; 6 – толстая кишка; 7 – червеобразный отросток; 8 – тонкая кишка; I – дренирование плевральной полости справа; II – дренирование правого поддиафрагмального пространства; III – дренирование сальниковой сумки через Вислово отверстие; IV – дренирование параколону справа; V – дренирование правой подвздошной области; VI – дренирование полости малого таза справа; VII – дренирование сальниковой сумки через отверстие в сальнике; VIII – дренирование полости малого таза слева.

Третий – левосторонний вариант встретился у 102 оперированных больных. При третьем варианте гнойно-деструктивный процесс располагался у ворот селезенки, в левом поддиафрагмальном пространстве,

левом плевральном синусе, распространяясь книзу по левостороннему параколитическому и паранефральному пространству. У половины больных патологический процесс охватывал 2 или 3 анатомические области. Схемы распространения патологического процесса при третьем его варианте и методы его дренирования представлены на рисунке 3.

Четвертый – смешанный вариант, наиболее редкий, он встретился у 42 оперированных больных. При четвертом варианте гнойно-некротический процесс широко распространяется по всему забрюшинному пространству, по сути дела, охватывая ранее описанные три варианта. Такое распространение патологического процесса на все забрюшинное пространство и оба плевральных синуса встречается, как правило, при тотальном панкреонекрозе. Пути распространения гнойно-некротического про-

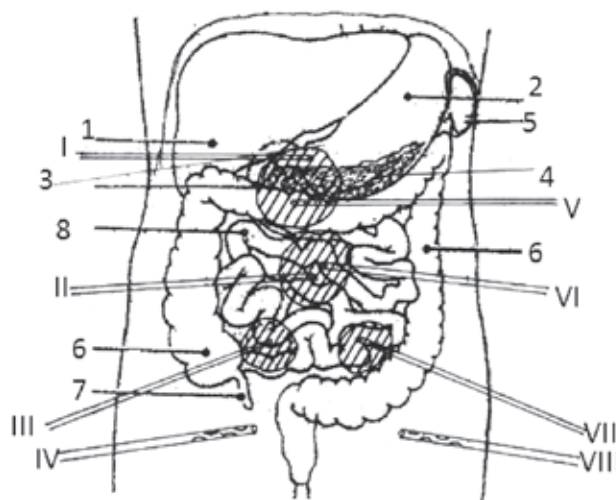


Рис. 2. Методы дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства при втором варианте распространения патологического процесса при остром деструктивном панкреатите (пути распространения патологического процесса на рисунке заштрихованы)

Примечание: 1 – печень; 2 – желудок; 3 – 12ПК; 4 – поджелудочная железа; 5 – селезенка; 6 – толстая кишка; 7 – червеобразный отросток; 8 – тонкая кишка; I – дренирование забрюшинного пространства в проекции гепатопанкреатодуоденальной зоны; II – дренирование корня брыжейки толстой кишки; III – дренирование правой подвздошной области; IV – дренирование малого таза справа; V – дренирование сальниковой сумки через желудочно-ободочную связку; VI – дренирование корня брыжейки тонкой кишки; VII – дренирование левой подвздошной области; VIII – дренирование полости малого таза слева.

цесса при тотальном поражении поджелудочной железы представлены на схематическом рисунке 4.

Дренажи при четвертом варианте распространения гнойно-некротического процесса при остром панкреа-

тите устанавливаются, как во всех трех ранее описанных вариантах (рис. 1, 2, 3).

Отток лимфы от поджелудочной железы и, следовательно, дренаж продуктов распада тканей при деструктивном панкреатите происходят почти исключительно через лимфатические коллекторы забрюшинного пространства верхнего отдела брюшной полости (субплевральные, парааортальные и соседние с ними). Из лимфоколлекторов через грудной лимфатический проток и верхнюю полую вену высокотоксичные продукты ферментативного протеолиза и липолиза попадают непосредственно в правые отделы сердца и далее в легкие, вызывая развитие соответственно кардио- и пульмонотоксического синдромов. Такая особенность лимфооттока объясняет недостаточную эффективность методов дренирования очага панкреонекроза со стороны брюшной полости. Поэтому логичным патогенетическим и топографо-анатомическим подходом в данной ситуации является разобщение источника интоксикации: распадающейся ткани поджелудочной железы и соответствующего лимфатического коллектора. То есть при массивной деструкции поджелудочной железы необходима максимальная анатомически возможная мобилизация железы и одновременно формирование путей выведения токсических продуктов за

пределы организма, минуя лимфатическое и кровеносное русло. Методики дренирования только полости малого сальника через желудочно-ободочную связку, Винслово отверстие и прочие, в том числе и лапароскопические, к сожалению, этой задачи не решают, поэтому в принципе заведомо недостаточно эффективны. Дренирование через Винслово отверстие опасно возникновением пролежня его стенок от дренажа с развитием аррозивного кровотечения из проходящих в непосредственной близости многочисленных сосудистых образований:

Кроме того, после вскрытия передней стенки малого сальника (lig. gastrocolica) значительная часть токсических продуктов под влиянием присасывающего действия дыхательных движений диафрагмы начинает перемещаться в поддиафрагмальное пространство. Здесь через имеющиеся в брюшине так называемые «люки» происходит всасывание в лимфатическое русло внутрибрюшного экссудата, затем он поступает через грудной лимфатический проток непосредственно в общий кровоток. Скопление экссудата в поддиафрагмальном пространстве способствует формированию реактивного выпота в плевральных синусах (гидроторакса).

Недостатки, присущие применяемым в настоящее время оперативным, в том числе лапароскопическим,

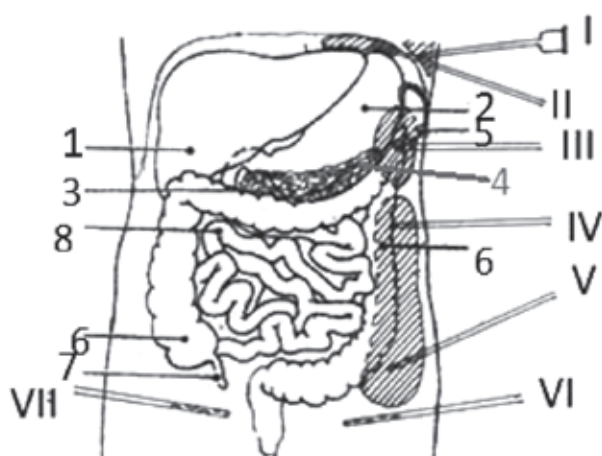


Рис. 3. Методы дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства при третьем варианте распространения патологического процесса при остром деструктивном панкреатите (пути распространения патологического процесса на рисунке заштрихованы)

Примечание: 1 – печень; 2 – желудок; 3 – 12 ПК; 4 – поджелудочная железа; 5 – селезенка; 6 – толстая кишка; 7 – червеобразный отросток; 8 – тонкая кишка; I – дренирование левого плеврального синуса; II – дренирование левого поддиафрагмального пространства; III – дренирование забрюшинного пространства в области хвоста ПЖ и селезеночного изгиба толстой кишки; IV – дренирование паранефрии слева; V – дренирование параколон слева; VI – дренирование малого таза слева; VII – дренирование малого таза справа.

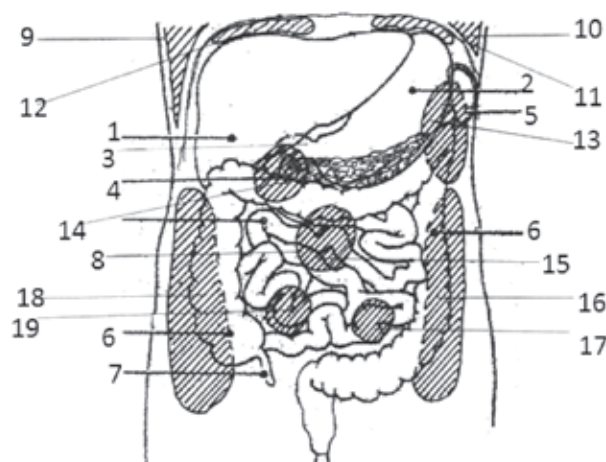


Рис. 4. Методы дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства при четвертом варианте распространения патологического процесса при остром деструктивном панкреатите (пути распространения патологического процесса на рисунке заштрихованы)

Примечание: 1 – печень; 2 – желудок; 3 – 12 ПК; 4 – поджелудочная железа; 5 – селезенка; 6 – толстая кишка; 7 – червеобразный отросток; 8 – тонкая кишка; 9 – левый и правый плевральные синусы; 10 – левый плевральный синус; 11 – левое поддиафрагмальное пространство; 12 – правое поддиафрагмальное пространство; 13 – область хвоста ПЖ и ворот селезенки; 14 – подпеченочное пространство; 15 – корень брыжейки; 16 – параколон слева; 17 – подвздошная область слева; 18 – параколитическое пространство справа; 19 – подвздошная область справа.

методикам обусловили необходимость поиска другого, более анатомически и, главное, патогенетически обоснованного решения задачи хирургического лечения деструктивного панкреатита.

После вскрытия и санации брюшной полости широко раскрывалась полость малого сальника путем рассечения *lig. gastocolica*. При поражении хвоста поджелудочной железы, т. е. при третьем варианте (рис. 3), мобилизовали селезеночный угол ободочной кишки путем рассечения соответствующих связок, после чего селезеночный угол кишки смещался медиально и книзу. Забрюшинная клетчатка вокруг поджелудочной железы инфильтрировалась большим количеством (500 мл 0,25%) раствора новокаина и ронколейкина 500 тыс. – 1 млн. МЕ. При втором варианте распространения патологического процесса (рис. 2) прибегали к мобилизации тела поджелудочной железы. По нижнему краю поджелудочной железы рассекалась брюшина, далее тело железы сначала по нижней, а затем по задней поверхности тупо, пальцами, по возможности без повреждения ее паренхимы, мобилизовалась вплоть до селезеночных сосудов. При этом крайне желательно было четко идентифицировать левую толстокишечную вену (*v. colica sinistra*), которая в большинстве случаев впадает не прямо в воротную вену, а в её приток – селезеночную (*v. lienalis*) на любом участке от ворот селезенки до места впадения селезеночной вены в воротную. Затем, при поражении головки поджелудочной железы, также после обильной инфильтрации забрюшинной клетчатки раствором новокаина вдоль наружного края подковы 12-перстной кишки производилась вначале ее мобилизация по Кохеру, а затем по возможности (до брыжеечных сосудов) и головки поджелудочной железы. При необходимости создания хорошего пути для оттока из очага некроза дополнительно мобилизовался и низводился печеночный угол ободочной кишки. Оперативный прием в данном случае заключался в разобщении части брюшного органокомплекса (кроме почек и мочеточников, находящихся в отдельном фасциальном пространстве, которое раскрывается при наличии паранефрита) от задней, т. е. реберно-поясничной, стенки брюшной полости. Этим достигалось практически полное прерывание путей поступления токсических продуктов из очага некроза поджелудочной железы в лимфатическую систему и общий кровоток. Вскрытые забрюшинные пространства дренировались через дополнительные разрезы по задней подмышечной линии справа и/или слева достаточно толстыми силиконовыми двухпросветными дренажными трубками (особенно если секвестрация железы, судя по ее внешнему виду, представлялась неизбежной).

При ферментативном панкреатите без флегмоны забрюшинного пространства показано лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Дренировать сальниковую сумку нужно двумя двухпросветными дренажами через *foramen Winslovi* и *lig. gastocolicum* вдоль верхнего и нижнего краев поджелудочной железы.

При распространенном перитоните необходимо установить еще 4 дренажа: в правое поддиафрагмальное пространство и справа в полость малого таза, в левое поддиафрагмальное пространство и слева в малый таз. При обнаружении примеси желчи в экссудате

практически всегда имеет место острый холецистит, что служит абсолютным показанием к дренированию желчного пузыря, а при наличии в нем конкрементов и воспалительных изменений его стенки – к его удалению с наружным дренированием общего желчного протока.

При развитии гнойно-септических осложнений острого деструктивного панкреатита создаются абсолютные показания к широкой лапаротомии для санации и дренирования гнойно-некротических полостей (флегмон забрюшинного пространства). В зависимости от путей распространения гнойного экссудата в забрюшинной клетчатке мы прибегали к различным методам дренирования забрюшинного пространства.

При первом (правостороннем) варианте распространения гнойного экссудата в забрюшинном пространстве во время операции обнаруживали инфильтрацию забрюшинной жировой клетчатки в области головки поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстной связки, подковы двенадцатиперстной кишки, печеночного изгиба ободочной кишки и книзу вплоть до правой подвздошной ямки. В таких случаях прибегали к мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру, мобилизовали головку поджелудочной железы, выполняли ревизию печеночно-двенадцатиперстной связки, печеночный изгиб ободочной кишки и далее рассекали брюшину вдоль правого фланка, мобилизовали восходящую кишку вместе с печеночным изгибом, смещали медиально почти до правого края позвоночного столба. Эвакуировали экссудат, осторожно удаляли некротические ткани и свободно лежащие секвестры. Санировали вышеуказанные анатомические области растворами антисептиков, после чего дренировали сальниковую сумку через Винслово отверстие.

Обсуждение

Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом находятся в прямой зависимости от времени, прошедшего от начала заболевания до операции, а главное – от правильно выбранного доступа к патологическому очагу. Выделенные нами четыре варианта распространения гнойно-некротического процесса в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке зависят от первичной локализации очага в поджелудочной железе. При поражении головки поджелудочной железы чаще наблюдается правосторонний вариант распространения патологического процесса. При поражении тела и головки – центральный (мезентериальный) вариант. При поражении хвоста железы наблюдается левосторонний вариант. При тотальном поражении поджелудочной железы наблюдается и тотальное поражение забрюшинного пространства, включая параколон и паранефрий. Часто наблюдается содружественный одно- или двусторонний плеврит.

Такая закономерность путей распространения гнойно-некротического процесса позволяет хирургу более четко ориентироваться в выборе доступа оперативного вмешательства, необходимости вскрытия забрюшинного пространства и правильно выбрать метод его дренирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В. С., Гельфанд Б. Р., Филимонов М. И. Оптимизация лечения панкреонекроза: роль активной хирургической тактики и рациональной антибактериальной терапии // *Анналы хирургии*. – 2000. – № 2. – С. 12–16.

2. Лищенко А. Н., Беспалов Л. Л. Малоинвазивное лечение деструктивного панкреатита // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 74–75.

3. Кукош М. В., Петров М. С. Острый деструктивный панкреатит. – Нижний Новгород: изд-ство НГМА, 2006. – 124 с.

4. Gotzinger P., Warner P., Exner R. et al. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival // Surg. infect. (larch). – 2003. – Vol. 4. № 2. – P. 205–211.

Поступила 12.01.2013

С. В. АВАКИМЯН, Г. К. КАРИПИДИ, В. А. АВАКИМЯН, М. Т. ДИДИГОВ

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА РОНКОЛЕЙКИНОМ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

В статье дан сравнительный анализ результатов оперативного лечения 2 групп больных. В первой группе применялись стандартные методы оперативного вмешательства и послеоперационной медикаментозной терапии. Во второй группе в комплекс лечебных мероприятий во время и после операции был включен иммуномодулятор ронколейкин. Применение ронколейкина позволило существенно снизить количество осложнений, а послеоперационную летальность – практически в 2 раза.

Ключевые слова: острый панкреатит, ронколейкин.

S. V. AVAKIMYAN, G. K. KARIPIDI, V. A. AVAKIMYAN, M. T. DIDIGOV

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS RONCOLEUKIN THERAPY

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

In the article the comparative analysis of the results of surgical treatment of 2 groups of patients. In the first group were used standard methods of surgical intervention and post-medicamentous therapy. In the second group in the complex of therapeutic measures during and after the operation was included immunomodulator roncoleukin. Application of roncoleukin possible to substantially reduce the number of complications and postoperative mortality rate almost in 2 times.

Key words: acute pancreatitis, roncoleukin.

Введение

В настоящее время острый панкреатит прочно занимает второе-третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая только острому аппендициту, а по направительному диагнозу лечебных учреждений в последние годы занимает первое место. Такая картина складывается из-за трудностей диагностики в результате недостаточно полных клинических и лабораторно-аппаратных методов исследования. Вместе с тем запоздалая диагностика, а следовательно, несвоевременная и неадекватная терапия привели к тому, что у каждого четвертого больного развиваются гнойно-септические осложнения и каждого пятого из них приходится оперировать. Летальность же, согласно данным А. В. Пугаева, Е. Е. Ачкасова (2007), В. С. Савельева и соавт. (2008), С. Г. Шаповальянц, С. В. Михайлусова (2010), при деструктивных формах панкреатита выше, чем летальность от острого аппендицита, острого холецистита, прободения гастродуоденальной язвы и острой кишечной непроходимости вместе взятых, достигая 30–50%, а иногда и более процентов.

Многие исследователи изучали состояние иммунной системы при остром панкреатите и получили достаточно однозначный ответ, что при деструктивных формах панкреатита имеет место вторичная иммунная недостаточность (А. Д. Толстой и соавт., 2000; А. Д. Толстой и соавт., 2004; В. А. Роменская и соавт., 2000, и др.).

В качестве иммуномодулятора нами применяется отечественный препарат ронколейкин (В. Н. Егорова, М. Н. Смирнова, 2000; В. И. Яценко, 2005; Ю. С. Винник и соавт., 2007, и др), который является ключевым звеном, определяющим развитие клеточного и гуморального иммунитета. Рекомбинантная форма ИЛ-2 человека воздействует на Т-лимфоциты, пролиферацию и последующий каскадный синтез собственно ИЛ-2.

Материалы и методы

Было оперировано 215 больных с гнойно-септическими осложнениями острого деструктивного панкреатита. Все оперированные больные были разделены на две группы. Контрольную (первую) группу составили 140 человек, получавших стандартное лечение, принятое в клинике.

Основную (вторую) группу составили 75 человек, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор ронколейкин. Для коррекции вторичной иммунной недостаточности при остром панкреатите ронколейкин применяется с успехом уже более 15 лет (В. А. Роменская и соавт., 2000; А. Д. Толстой и соавт., 2000, 2004).

Применение ронколейкина в лечении острого деструктивного панкреатита В. И. Яценко (2003) считает методом выбора. У всех 75 больных острым панкреатитом (основная группа), получавших ронколейкин,