

медикаментозной терапии распространенного панкреонекроза до 6 — 12 часов выполняем лапароскопию. Наличие панкреатогенного перитонита является показанием к лапароскопической санации. Для окончательной оценки распространенности процесса используется открытая бурсооментоскопия из мини-лапаротомного доступа (Козлов И.В., 1988). При распространении процесса на забрюшинную клетчатку через имеющийся мини-доступ производится абдоминализация поджелудочной железы (Козлов В.А., 1977). Завершающим элементом малоинвазивной технологии являются программированные санации через сформированную бурсооментостому.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При распространенном панкреонекрозе показанием к хирургическому вмешательству считаем неэффективность медикаментозной терапии до 6 — 12 часов. Из 412 пациентов распространенным панкреонекрозом лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 332, открытая бурсооментоскопия была выполнена у 289, абдоминализация поджелудочной железы — у 209 больных. Общая летальность составила 23,1 %. При выполнении вмешательств до 6 — 12 часов с момента госпитализации летальность составила 19,6 %. Увеличение сроков наблюдения сопровождалось возрастанием цифр послеоперационной летальности до 34,2 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В клинике разработана и применяется оригинальная технология лечения распространенного панкреонекроза, включающая лапароскопическую санацию брюшной полости, открытую бурсооментоскопию с абдоминализацией поджелудочной железы и этапными программированными некрсеквестрэктомиями. Принципиальными особенностями методики является приоритет малой инвазивности вмешательств, а также раннее выполнение абдоминализации железы при неэффективности стартовой медикаментозной терапии до 6 — 12 часов.

К.Г. Пахомов

КЛИНИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ БИЛЛИОГЕННОГО ПАНКРЕАТИТА

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)*

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на современные тенденции развития медицины, в настоящее время важными проблемами в хирургии остаются диагностика и лечение острых панкреатитов и особенно его деструктивных форм, летальность при которых достигает 70 %. Комплексные методы лечения и операции не приносят хороших результатов, и летальность при панкреонекрозах не снижается. Сложность обусловлена полиморфностью изменений различных органов и ситем, анатомическими особенностями поджелудочной железы, опасными органными и неорганными осложнениями.

Патология поджелудочной железы редко носит первичный характер, и, как правило, особое место занимает патология печени, желчного пузыря и желчных протоков. Следовательно, необходимо провести исследование морфофункционального своеобразия гепатопанкреатодуоденальной области, в основе этих исследований положено учение о соматотипе.

Цель исследования: разработать топографо-анатомические критерии, являющиеся определяющими в причинах возникновения билиарного панкреатита на основе соматотипа организма человека. На разработанных алгоритмах улучшить диагностику, прогнозирование течения билиогенного панкреатита и оптимизировать методы лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования: антропометрические, секционные, морфометрические, патогистологические. Трупы различного типа телосложения — по 30 в каждой группе. Клинический материал — 120 больных с острым билиарным панкреатитом. Основная и сравнительная группы — это пациенты с различным типом телосложения — по 40 больных в каждой. Исследования — антропометрические, лабораторные, ультразвуковые.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Как показали антропометрические, секционные и морфометрические исследования внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, между соматотипом и характером расположения органов имеется определенная зависимость, особенно длина и угол, под которым происходит соединение протоков

и их впадение в большой дуоденальный сосочек, отношение к паренхиме поджелудочной железы, а следовательно и к ее патологии.

При брахиморфном типе головка поджелудочной железы, как правило, молоткообразная, подкова 12-перстной кишки — кольцообразная, также расположена высоко. Общий желчный проток имеет почти горизонтальное направление, он довольно короток — 6—8 см, ретродуоденальная и интрапанкреатическая часть — всего 2—3 см.

При долихоморфном типе поджелудочная железа расположена на уровне 3—4-го поясничного позвонка, имеет языкообразную форму. Общий желчный проток при подобном положении поджелудочной железы имеет почти вертикальное положение и длину до 12 см. При этом его интрапанкреатическая часть доходит до 5—6 см.

При клинических исследованиях и анализе историй болезни выяснено, что диагноз: острый билиогенный панкреатит свойственен людям в основном брахиморфного типа телосложения, у которых общий желчный проток имеет горизонтальное направление, короткий и, как правило, имеет общую ампулу с Вирсунговым протоком. Все это способствует, особенно при наличии конкрементов, забросу желчи в проток поджелудочной железы. В этих случаях наиболее часто возникают билиарные панкреонекрозы. При долихоморфном типе телосложения наиболее часто возникает развитие так называемого «головчатого» билиогенного панкреатита, протекающего в хронической форме, с частыми рецидивами. Это объясняется топографо-анатомическими соотношениями желчных путей с поджелудочной железой, а именно с протяженным интрамуральным отделом общего желчного протока, структурной организацией большого дуоденального сосочка. Длительная протяженность соприкосновения патологически измененного терминального отдела общего желчного протока с ацинарной тканью железы вызывает хроническое воспаление последней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с этими особенностями топографо-анатомического соотношения внепеченочных желчевыводящих путей и поджелудочной железы у людей различного типа телосложения, учитывая данные антропометрии, нам удалось значительно улучшить диагностику билиарного панкреатита, прогнозировать его течение, определить хирургическую тактику и, в связи с этим, снизить количество диагностических ошибок в 1,5 раза и уменьшить количество осложнений в 2 раза.