

## **А.С. Ивачев (Пенза). К вопросу о хирургической тактике при остром панкреатите**

Неудовлетворенность конечными результатами лечения больных острым панкреатитом побуждает к поиску новых методов диагностики и терапии этого заболевания. Имея опыт хирургического лечения 201 больного с различными формами панкреанекроза, мы пришли к заключению, что в классификации должно быть отражено состояние парапанкреатического клетчаточного пространства. Это связано со следующими моментами. Во-первых, обширное гнойно-некротическое поражение забрюшинной клетчатки считается одной из основных причин развития синдрома эндогенной интоксикации, ведущей к плюривисцеральному синдрому, что в ряде случаев заканчивается летальным исходом. Во-вторых, распространенный воспалительный инфильтрат парапанкреатического пространства может иметь благоприятное (рассасывание) и неблагоприятное (абсцедирование) течение, что требует от врача проведения своевременных диагностических мероприятий по верификации осложнений послеоперационного периода. В-третьих, гнойное или инфильтративное (в виде плотного инфильтрата) поражение может определять объемы хирургического вмешательства.

Предлагаем выделять следующие воспалительные изменения парапанкреатической клетчатки.

### **1. По характеру поражения:**

А. Инфильтративный парапанкреатит.

Б. Серозный (геморрагический) парапанкреатит.

В. Гнойный (некротический) парапанкреатит.

### **2. По распространенности:**

А. Местный парапанкреатит (краниальнее на 2 см верхнего края железы, каудальнее — распространяется не доходя до корня брыжейки поперечной ободочной кишки).

Б. Диффузный парапанкреатит (краниально — на уровне основного ствола левой желудочной артерии, каудально — распространяется на всю толщу корня брыжейки поперечной ободочной кишки).

В. Тотальный парапанкреатит (поражение парапанкреатической клетчатки от головки железы с захватом ретродуоденального пространства до области хвоста железы, а также распространение воспаления до диафрагмы и каудальнее корня брыжейки поперечной ободочной кишки с поражением параколической клетчатки).

Характер поражения забрюшинного пространства влияет на объем оперативного вмешательства. Так, при местном инфильтративном парапанкреатите достаточно обкалывание новокаиново-антибактериальной смесью; кроме того, дренирование сальниковой сумки (при отсутствии гнойного поражения железы) можно выполнить с помощью 1—2 дренажей.

При серозном или гнойном поражении клетчатки хирургические манипуляции должны быть направлены на эвакуацию патологической жид-

кости. В этом случае характер дренирования зависит от степени распространенности деструктивного процесса. При местном или диффузном поражении дренирование осуществляют через эпигастральную лапаростомию, при этом достаточно 4—6 дренажей, места подведения дренажей должны соответствовать локализации деструктивного процесса. В случае тотального парапанкреатита дренируют не только сальниковую сумку, но и ретрогастральное пространство через левую аксиллярную контрапертуру, ретродуоденальное и ретропанкреатическое — через правую аксиллярную контрапертуру; при необходимости мобилизуют правый или левый фланг ободочной кишки, а в последующем дренируют позадитолстокишечную клетчатку восходящей или нисходящей ободочной кишки.

Кроме того, под корень брыжейки поперечной ободочной кишки подводят дренаж через контрапертуру левой боковой стенки. Такое дренирование (в некоторых случаях дренаж вынужденно проводят впереди нисходящей ободочной кишки, что может вызвать интрамуральное нарушение кровообращения с последующей перфорацией) обусловлено тем, что прорыв гнойника из корня брыжейки поперечной ободочной кишки происходит в правый или левый брыжеечный синус. В такой ситуации развивается перитонит с последующим формированием остаточных межпелельных гнойников. Установленный дренаж позволит, с одной стороны, своевременно диагностировать момент прорыва гнойной жидкости в брюшную полость, а с другой — в оптимальной степени эвакуировать гной из брюшной полости, предотвратив развитие перитонита.

Одной из особенностей тотального гнойного парапанкреатита является выполнение программированной релапаротомии через 24—48 часов, так как однократной некрэктомии бывает недостаточно. В ряде случаев операцию целесообразно заканчивать швиванием в срединную рану сетки, создавая тем самым более благоприятные условия для выздоровления: с одной стороны, лапаростомию приводит к дополнительной аэрации брюшной полости и забрюшинного пространства, а с другой — увеличение объема брюшной полости при отечности тканей внутренних органов, особенно стенки кишечника, способствует нормализации микроциркуляции висцеральных органов.

В одном наблюдении при первичной лапаротомии было обнаружено инфильтративное тотальное поражение парапанкреатической клетчатки. Операция была закончена дренированием сальниковой сумки, холецистостомией и обкалыванием новокаином забрюшинного пространства. Через 10 дней по дренажам появилось серозно-гнойное отделяемое, а еще через 15 дней была выполнена вынужденная релапаротомия в связи с нарастающей интоксикацией, увеличением количества гнойного отделяемого из сальниковой сумки с примесью некротических масс. Обнаруженное абсцедирование забрюшинного инфильтрата потребовало дренирования пораженных клетчаточных пространств. В последующем при по-

добной интраоперационной ситуации ведение больного было более активным в плане раннего выявления абсцедирования забрюшинного пространства, выполнения своевременной ревизии салниковой сумки и релапаротомии.

Нами не обнаружено зависимости распространенности поражения парапанкреатической клетчатки от состояния самой железы. В случаях тотального гнойного парапанкреатита поджелудочная железа оставалась жизнеспособной, необходимости в каких-либо дополнительных манипуляциях не возникало. В то же время в 3 случаях, когда железа была черного цвета, потребовалась корпоро-каудальная резекция; в парапанкреатической клетчатке был выявлен невыраженный отек.

Таким образом, отражение в диагнозе степени поражения парапанкреатического пространства, с одной стороны, является прогностическим методом в течении заболевания, а с другой — предопределяет объем и характер оперативного вмешательства.

УДК 616.351—006.6—089.87

**Ф.Ш. Ахметзянов, А.Г. Сунгатуллин, Е.А. Мельников (Казань) Брюшно-анальная резекция с низведением толстой кишки при лечении рака прямой кишки**

Одним из наиболее частых осложнений при операции брюшно-анальной резекции прямой кишки является некроз низведенной в заднепроходной канал кишки. По мнению большинства авторов, некроз возникает вследствие нарушения кровоснабжения в трансплантате из-за склерозированных сосудов, натяжения брыжейки, сжатия стенки кишки и брыжейки сфинктером, недостаточно выраженной риолановой дуги.

Немаловажную роль играют интра- и послеоперационная гипотония. Наиболее часто некроз развивается на протяжении 2—3 см, то есть на участке, находящемся в анальном канале, что мы связываем с проведением через сфинктер большого количества тканей (стенка кишечника, брыжейка с проходящими в ней сосудами), в результате которого происходит сдавление питающих сосудов. Большое значение имеет неадекватная девульсия ануса.

В нашей клинике в течение 1,5 лет используется метод брюшно-анальной резекции прямой кишки с иссечением слизистой оболочки анального канала и пластикой ее слизистой оболочкой низводимой толстой кишки.

Приводим описание техники его выполнения.

Производят нижнесрединную лапаротомию с аппаратной коррекцией РСК-10 хирургического доступа, затем мобилизацию прямой кишки и нисходящего отдела толстой кишки со стороны брюшной полости до леваторов. Далее, со стороны промежности после ушивания ануса делают циркулярный разрез на границе слизистой кишки и кожи. Слизистую анального канала тупым и острым путем отделяют от сфинктера, выше которого пересекают мышечный слой прямой кишки. На уровне предполагаемой верхней резекци-

онной линии, в месте хорошего кровоснабжения, рядом с сосудом производят циркулярное рассечение серозно-мышечного слоя толстой кишки, который отделяют в дистальном направлении от подслизистого слоя на протяжении 3—4 см. На этом уровне кишечник перевязывают лигатурой и пересекают, резецированный участок кишечника удаляют. Проксимальный конец толстой кишки низводят через анальный канал, при этом со сфинктером соприкасается только подготовленный, как указано выше, подслизистый слой толстой кишки. Сосуды находятся выше анального сфинктера. Серозно-мышечную оболочку подшивают несколькими узловыми швами к верхнему краю внутреннего сфинктера, а слизистую — узловыми швами по периметру к коже. Таким образом, в анальном канале располагается только слизистая и подслизистая оболочки. Девульсию ануса не производят. В тех случаях, когда препарат с опухолью удается провести через сфинктер не растягивая последний, его выводят через анус, при невозможности этого — через брюшную рану. Дренажи в малый таз проводят забрюшинно через прокол в подвздошной области, преимущественно справа.

По описанному методу были прооперированы 26 больных в возрасте от 47 до 65 лет. В послеоперационном периоде один больной умер от острого инфаркта миокарда. В одном случае произошло выпадение небольшого участка слизистой оболочки низведенной кишки, которая была иссечена. У одного больного развился воспалительный процесс в малом тазу (по дренажу отходило мутное отделяемое), который был купирован путем промывания полости малого таза антисептиками и консервативными мероприятиями. Некроза низведенной кишки мы не наблюдали.

УДК 616.34—008.87—08

**О.Г. Лазаренко, Д.К. Баширова (Казань). Комбинированная терапия хеликобактерассоциированного дисбактериоза кишечника**

Нормальная микрофлора кишечника играет важную роль в поддержании состояния здоровья организма хозяина на оптимальном уровне. Нарушение качественного и количественного ее состава, обусловленное различными экзогенными причинами, принято определять как дисбактериоз кишечника (ДК).

Целью исследования являлась оптимизация методов коррекции ДК, ассоциированного с хеликобактерной инфекцией.

Нами были обследованы 100 человек с ДК в возрасте от 15 до 60 лет (женщин — 74, мужчин — 26). Были использованы клинический, бактериологический и инструментальный методы исследования. Установлено, что 66% человек были инфицированы *Helicobacter pylori*. При анализе микробиоценоза кишечника у лиц с хеликобактерной инфекцией ДК I степени не выявлен ни у одного больного, ДК II степени был у 29 (43,9%), III — у 31 (46,9%), IV — у 6 (9%).

На фоне дефицита бифидобактерий отмечался повышенный рост условно-патогенной флоры