



IX

ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ



Волгоград, 20-22 сентября 2000 года

Министерство здравоохранения РФ
Всероссийское научное медицинское общество хирургов
Волгоградская медицинская академия
Комитет по здравоохранению Волгоградской области

ДЕВЯТЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

20-22 сентября 2000 года

Материалы съезда

Волгоград
2000

ДЕВЯТЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

20-22 сентября 2000 года

МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА

**Девятый Всероссийский съезд хирургов.
Волгоград, 20-22 сентября 2000 года. Материалы съезда.**
Волгоград, 2000. — 330 стр.

Сборник содержит материалы съезда.

ISBN 5-85616-015-0

© ООО «Издательство «Городские вести», 2000

IX ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

Материалы съезда

Редакционная коллегия

В. С. Савельев (председатель), В. Д. Федоров, А. С. Ермолов, Р. С. Акчурин, А. В. Покровский, В. К. Гостищев, И. И. Затевахин, А. И. Кириенко (ответственный секретарь), В. Г. Вальтер, Б. С. Брискин, И. В. Ярема, Г. И. Воробьев, Ю. М. Панцырев, Б. Р. Гельфанд, А. Г. Бебуришвили, А. В. Быков, Г. И. Жидовинов, А. А. Полянцев.

Оргкомитет съезда

Председатель:

В. С. Савельев

Заместители председателя:

А. И. Егин

В. И. Петров

Г. И. Хорошева

Ответственные секретари:

В. А. Гольбрайх

С. С. Маскин

Члены оргкомитета:

Е. А. Анищенко

А. Г. Бебуришвили

А. В. Быков

Е. Ф. Веревкин

Е. С. Галкин

Э. И. Гальперин

С. А. Галичкин

Б. Р. Гельфанд

В. К. Гостищев

Г. И. Жидовинов

А. А. Карпеев

А. И. Кириенко

В. А. Петухов

А. А. Полянцев

В. Д. Федоров

М. И. Филимонов

ПАНКРЕОНЕКРОЗ

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Х. А. Ахмедов, М. Х. Вазиров

г. Ташкент

Под нашим наблюдением находилось 97 больных с различными гнойно-септическими осложнениями панкреонекроза, что составило 9,8% от обследованных 985 больных с острым панкреатитом. У 97 больных мы отметили 144 различных гнойно-септических и других сочетанных осложнений деструктивного панкреатита.

Абсцесс поджелудочной железы (ПЖК) и селезеночной кисти (СС) наблюдался у 22 (2,2%) больных, забрюшинная флегмона — у 12 (1,2%), локальные абсцессы брюшной полости (поддиафрагмальные, подпеченочные, межпетлевые) — у 17 (1,7%), аррозивные кровотечения — у 13 (1,3%), свищи ПЖК — у 26 (2,6%), свищи желудочно-кишечного тракта — у 11 (1,1%), постнекротические кисты — у 28 (2,8%), левосторонний экссудативный плеврит — у 15 (1,52%).

Абсцесс ПЖК и СС (14) вскрывали через веранесрединный доступ, производили некротомию и дренирование для проведения пролонгированного лаважа. У 8 больных успешно удалось дренировать гнойную полость специальным троакар-катетером под контролем ультразвукографии.

При забрюшинной флегмоне (15) помимо дренирования СС подводили дренажи и перчаточный тампон к телу и хвосту ПЖК через забрюшинный разрез в зависимости от пути ее распространения.

При локальных абсцессах (11) брюшной полости их вскрывали и дренировали внебрюшинно, при поддиафрагмальном абсцессе (6) дренировали его под контролем ультразвукографии.

Аррозивные кровотечения (10) в большинстве случаев удалось остановить под действием активной консервативной терапии. При безуспешности (3) терапии вскрывали СС, ушивали кровоточащий сосуд или производили перевязку селезеночной артерии на протяжении.

Больных с наружными панкреатическими свищами, имеющими связь с протоком ПЖК, лечили консервативно. При отсутствии эффекта от комплекса консервативной терапии оперировали в течение 5–6 мес. после их возникновения. 4 больным выполнено иссечение свища, 5 — подложная фистулоэнтеростомия, 7 — панкреатоэнтеростомия, 4 — дистальная резекция поджелудочной железы со свищом. Панкреатические свищи (6), обусловленные наличием несанированной гнойной полости и не имеющие связи с главным панкреатическим протоком, после санации и дренирования этих полостей закрывались.

При свищах желудочно-кишечного тракта больных лечили консервативно, что в большинстве случаев лечения оказалось эффективным. Только в 5 случаях свищи закрылись после операции (в 2 случаях после резекции кишечника, в 3 — отклонения петли тонкого кишечника с наложением обходного анастомоза).

Характер операции при осложненных (нагноении) постнекротических кистах (8) ПЖК заключался в их наружном дренировании, в 5 случаях дренировали под контролем ультразвукографии. Рецидив кисты наблюдался у 6 больных. При неосложненных кистах (15) производили цистостомию. Экссудативный плеврит лечили консервативно, только в 6 случаях дренировали плевральную полость.

Общая послеоперационная летальность при осложненном течении панкреонекроза составила — 17,5%.

ВЫПОЛНЕНИЕ АТРАВМАТИЧНОГО ВРЕМЕННО ДРЕНИРУЕМОГО ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ НА ЖИВОТНЫХ

Д. А. Александров, Н. М. Куликов

г. Саратов

Выполнение панкреатоеюноанастомоза с прошиванием тканей поджелудочной железы (ПЖ) часто сопровождается развитием послеоперационного панкреатита,

несостоятельности анастомоза, панкреатических свищей. Нами в эксперименте отработана методика атравматичного временно дренируемого анастомоза ПЖ с отключенной по Ру петлей тонкой кишки (ТК).

Идея заключается в том, чтобы поврежденный либо несущий очаг воспалительной деструкции участок ПЖ находился в просвете ТК, слизистая которой устойчива к воздействию секрета ПЖ. При этом ТК по свободному краю фиксируется к парапанкреатическим тканям, а не к ПЖ. Тем самым исключается ее повреждение в зоне анастомоза. При этом не менее 1 см по длине культи ПЖ должно находиться в просвете кишки за пределами соустья для того, чтобы предотвратить выскальзывание культи железы из кишки. Герметизм соустья достигается тесным соприкосновением неповрежденной поверхности ПЖ с серозной поверхностью ТК, эластичностью ее стенки и временной аспирацией химуса и секрета ПЖ из зоны анастомоза (оформлена заявка на изобретение).

Оперированы 20 беспородных собак массой 10–18 кг в возрасте 3–5 лет. Под общей анестезией выполняли резекцию хвоста поджелудочной железы. Готовили отключенную по Ру петлю ТК длиной 30–35 см. Конец петли в виде еюнотомы выводили на переднюю брюшную стенку в проекции культи ПЖ. В брюшной полости петлю подводили к культе железы и пересекали на 5–6 см дистальнее этого уровня. Расстояние от линии пересечения до анастомоза по Ру составляло не менее 20–25 см. Оба пересеченных конца ушивали. Отводящий конец подкладывали под культю ПЖ не менее чем на 2 см, фиксировали в этом положении к парапанкреатическим тканям. Приводящий участок укладывали поверх культи ПЖ и отводящего участка, сшивали кишечные стенки несколькими швами выше и ниже железы таким образом, чтобы образовавшаяся кишечная муфта плотно, но без натяжения охватывала ткань ПЖ. Прилежащие стенки приводящего и отводящего участков кишки рассекали на протяжении 4 см, при этом линии разрезов начинали соответственно над и под культей железы на расстоянии 1 см от ее края. Рассеченные стенки сшивали по периметру, начиная от ПЖ, охватывая ее плотно, но без натяжения. По завершении оперативного вмешательства через еюнотому к панкреатоеюноанастомозу подводили двухпросветную трубку для активной аспирации химуса и секрета ПЖ в течение 7 суток.

Секционные исследования 6 животных выполнили через сутки после операции, 6 — через 3 суток, 4 — через 5 и 4 животных — через 7 суток. Признаков послеоперационного панкреатита, перитонита, подтекания кишечного содержимого или панкреатического сока в свободную брюшную полость ни у одного из животных не выявлено.

Полученные результаты являются обнадеживающими для дальнейшей разработки и совершенствования атравматичного временно дренируемого панкреатоеюноанастомоза.

К ВОПРОСУ О МЕТОДЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Б. И. Альперович, Н. В. Мерзликин, Т. Б. Комкова

г. Томск

Активная хирургическая тактика и массивная инфузионная терапия с применением антиферментных препаратов, антибиотиков и различных способов детоксикации наиболее оправдана при остром деструктивном панкреатите. Необходимо также отметить, что имеется тенденция к развитию алкогольных панкреатитов. В районах бассейна реки Оби заболевание протекает нередко на фоне хронической описторхозной инвазии, что отягощает течение болезни, усугубляет интоксикацию и способствует развитию печеночно-почечной недостаточности.

Экспериментальное изучение криохирургического лечения панкреонекроза позволило в Томском гепатологическом центре и на кафедре общей хирургии СГМУ применить криодеструкцию поджелудочной железы при хирургическом лечении панкреонекроза.

Показаниями к операции считаем развитие у больного перитонита, безрезультатность консервативной терапии с развитием полиорганной недостаточности, острый холецистопанкреатит и неуверенность в диагнозе.

Для доступа используется верхняя срединная лапаротомия или двухподреберный доступ.

При подтверждении диагноза панкреонекроза осуществлялась абдоминализация поджелудочной железы (по возможности) с последующей криодеструкцией измененных отделов железы при температуре -196°C в течение 1–3 минут отдельными криоциклами.

Во время криодеструкции не следует подвергать замораживанию зону, близкую к двенадцатиперстной кишке, во избежание крионекроза последней и не замораживать область хвоста железы, где располагается большое количество островков Лангерганса. Оперативное вмешательство заканчивается дренированием области поджелудочной железы сигаретным тампоном и дренажами.

В послеоперационном периоде продолжается активная инфузионная терапия, применение антибиотиков и антиферментных препаратов.

Наблюдения за больными после криодеструкции поджелудочной железы показали, что начиная со вторых суток после вмешательства исчезает ферментная токсемия, состояние больных резко улучшается, прекращаются процессы аутолиза железы. В экспериментах показано, что криодеструкция поджелудочной железы при экспериментальном панкреонекрозе ведет к асептическому некрозу измененных отделов железы с последующим рубцеванием их.

За период с 1982-го по 1999 год в клиниках прооперировано 170 пациентов с различными формами панкреонекроза. В структуре преобладали больные с жировым панкреонекрозом (92 человека). Длительность заболевания составила от нескольких часов до нескольких суток. Следует отметить, что эффективность криодеструкции достигается только в случаях, когда еще не развились гнойные осложнения панкреонекроза в виде забрюшинной флегмоны или распространенного гнойного перитонита.

Криодеструкция произведена 31 больному по оригинальной методике с летальностью 4 человека (12,9%). В ряде случаев по техническим причинам криодеструкцию осуществить не удается. В этих случаях больным осуществляется абдоминализация поджелудочной железы с дренированием области ее. Такое вмешательство было осуществлено 75 больным, в том числе у 8 человек оно осуществлено в сочетании с криодеструкцией железы. В этой группе летальность составила 8 человек (10,6%).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Д. З. Аминев, С. Н. Хунафин, И. Х. Гаттаров, Р. С. Нургаллин,
А. А. Нурмухаметов, Г. А. Мурзин, А. Х. Гибадуллин
г. Уфа

Нами проведен анализ результатов лечения 434 больных с острым панкреатитом (224 мужчины и 210 женщин) в возрасте от 22 до 85 лет, находившихся в больнице № 18 г. Уфы в 1993—1998 гг.

В большинстве случаев диагностика острого панкреатита слагалась на основании типичных жалоб и объективных данных; помощь в диагностике оказывали лабораторные, рентгенологические исследования. В сомнительных случаях информативным методом диагностики являлась лапароскопия, которая выполнена у 78 больных с подозрением на острый панкреатит. У 54 больных выявлены признаки острого панкреатита: выпот в брюшной полости, появление стеариновых очагов на париетальной и висцеральной брюшине и лапароскопия заканчивалась дренированием брюшной полости трубчатыми дренажами нашей конструкции (авт. свид. № 8893).

При поступлении в стационар больным проводили мероприятия, направленные на борьбу с болью и шоком, уменьшение секреторной функции поджелудочной железы, на восстановление ОЦК, нормализации моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, ликвидацию интоксикации и предупреждение острой почечной и печеночной недостаточности. Это достигалось введением обезболивающих, спазмолитических и гипосенсибилизирующих препаратов, внутривенным введением глюкозо-новокаиновой смеси, аминокaproновой кислоты, антиферментных препаратов и цитостатиков в сочетании с новокаиновой блокадой круглой связки печени. Консервативное лечение оказалось эффективным у 390 (89,9%) больных. 44 (10,1%) — оперированы. Показаниями к операции были: неэффективность консервативной терапии, нарастание механической желтухи, прогрессирование перитонита. Отечная форма острого панкреатита имела у 5 больных, геморрагический панкреонекроз — у 13, жировой панкреонекроз — у 9, гнойный — у 7, острый холецистопанкреатит выявлен у 10 больных.

Дренирование сальниковой сумки остается одним из обязательных элементов оперативного лечения, которое с наложением холецистостомы выполнено у 5 больных с отечной формой панкреатита. При геморрагической и жировой формах панкреонекроза у 22 больных наряду с широким дренированием сальниковой сумки и наложением холецистостомы дренировали боковые каналы брюшной полости и малый таз, в 4 случаях производили марсупиализацию, у 7 больных дополнительно дренировали забрюшинную клетчатку в левой поясничной области со сквозным проточным дренированием с применением устройства нашей конструкции. Умерло 7 больных, летальность составила 15,9 %.

ИМИПЕНЕМ-ЦИЛАСТАТИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА: ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ИЛИ «ГЛУБОКОГО РЕЗЕРВА»?

А. Ю. Анисимов
г. Казань

Гнойно-септические осложнения — главная причина смерти больных деструктивным панкреатитом (ДП) в поздние сроки, когда эндогенная интоксикация (ЭИ) меняет свою природу с энзиматической на некротизационную и бактериальную. Ни в коем

случае не умаляя ведущей роли в борьбе с ЭИ поэтапной некрсеквестрэктомии, достижений службы интенсивной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции, следует, однако, признать, что антибактериальной терапии принадлежит одно из главных мест в лечебной программе.

За период с 1990-го по 1998 год мы наблюдали 607 больных, оперированных по поводу различных форм ДП, с общей летальностью 45,9%.

Бактериальное исследование очагов деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической забрюшинной клетчатки у них выявило следующие микроорганизмы: *E. Colli* у 52,1%; *Staphylococcus* у 18,8%; *Ps. aeruginosa* у 16%; *Proteus vulgaris* у 8,1%; *Klebsiella* у 3,1%, другие возбудители у 1,7%. Кроме того, отмечены ассоциации вышеперечисленных микробов с неспорообразующими анаэробами группы *Bacteroides* (46,2%).

Для антимикробной терапии столь широкого спектра, как правило, применяли стандартную комбинацию: цефалоспорины (цефазолин 3–4 г/сут; цефалексин 1–2 г/сут), аминогликозиды (канамицина сульфат 1–2 г/сут; гентамицина сульфат 2,4–3,2 мг/кг), препараты метронидазола (метрогил, клион, флагил по 0,5 г в 100 мл 3 раза в сутки). Однако неудовлетворенность результатами антимикробной терапии, высокий уровень резистентности микрофлоры при ДП и серьезные побочные эффекты (нефротоксичность) побудили нас в 1998 году включить в схему лечения 4 больных имипенем-циластатин (тиенам). Возраст пациентов колебался от 36 до 62 лет. Среди них мужчин было 3, женщин 1. Все больные неоднократно оперированы по поводу различных осложнений ДП (абсцессы ПЖ, внутрибрюшные абсцессы, гнойно-некротическая флегмона забрюшинной парапанкреатической клетчатки, кишечные свищи, спаечная непроходимость кишечника). Все больные имели ЭИ II–III степени (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 25–29). Во всех клинических наблюдениях тиенам применяли в качестве «препарата отчаяния», после неоднократных смен антибиотиков, внутривенным курсом (1,5 г/сут) в течение 5–7 суток. Все больные выздоровели, в то время как в контрольной группе (48 человек) летальность составила 49%.

В связи с этим в 1999 году мы применили тиенам у 8 больных ДП в качестве стартовой монотерапии. Во всех случаях отмечали благоприятное течение послеоперационного периода с минимальным количеством осложнений.

Таким образом, наш скромный клинический опыт позволяет утверждать, что при лечении ДП не следует рассматривать имипенем-циластатин как препарат «глубокого резерва», назначая его только больным в критическом состоянии, когда отсутствует эффект от комбинированной антибактериальной терапии. Ранняя монотерапия тиенамом у больных с ДП помогает снизить развитие вторичного инфицирования некротических тканей.

Считаем, что экономическая эффективность применения препарата должна оцениваться по показателям отношения курсовой дозы к стоимости затрат на весь курс лечения пациентов в стационаре. При ДП этот показатель для тиенама значительно ниже по сравнению с традиционной комбинацией антибиотиков.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. Ю. Анисимов, Ю. В. Бондарев, Н. М. Мрасов
г. Казань

Наш опыт лечения 2259 больных ОП дает основания утверждать, что медикаментозное угнетение панкреатической секреции в 26,9% случаев не позволяет предотвратить некроз поджелудочной железы (ПЖ). Это вынуждает обращаться к хирургическим методам лечения. Однако вопросы выбора рационального объема хирургической помощи при ДП окончательно не решены.

За период с 1990-го по 1998 год мы наблюдали 607 больных, оперированных по поводу различных форм ДП. Показаниями к операции явились:

- а) к экстренной — диффузный распространенный панкреатогенный перитонит;
- б) к срочной — отсутствие положительного ответа на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение трех суток от начала заболевания;
- в) к отсроченной — гнойно-септические осложнения (расплавление и секвестрация ПЖ, абсцесс сальниковой сумки, флегмона забрюшинной парапанкреатической клетчатки).

Во всех клинических наблюдениях применяли широкую срединную лапаротомию с аппаратной коррекцией доступа ретракторами Сигала-Кабанова. На наш взгляд, она позволяет быстро, технически просто и малотравматично подойти к любому отделу ПЖ, создав достаточный простор в операционной ране.

Основную цель экстренной и срочной операции видели в удалении из-за брюшинного пространства и полости брюшины геморрагического экссудата как одной из основных причин энзиматической интоксикации. Основная цель отсроченной операции — некрсеквестрэктомия. Однако исходя из того, что процесс секвестрации проходит неравномерно, одномоментно удалить все некротизированные ткани не удается. Это требует повторных вмешательств с опорожнением гнойных затеков, эвакуацией вновь образующихся детрита и экссудата.

Исходя из вышесказанного, последние два года (42 больных) широко вскрываем салниковую сумку рассечением желудочно-толстокишечной и двенадцатиперстно-толстокишечной связок и забрюшинную паранкреатическую клетчатку рассечением париетальной брюшины как вокруг ПЖ, так и в зоне боковых каналов. Интраоперационную санацию пораженной области проводим с помощью аппарата «Гейзер» и специального ирригоаспиратора антисептическими растворами, предварительно охлажденными до $t +4^{\circ}\text{C} \dots +6^{\circ}\text{C}$. Операцию заканчиваем широким дренированием полости малого салника полупроницаемой гидроцеллюлозной мембраной «Влацефан» через сформированную оментобурсопанкреатостому.

Программированные ревизии и санации салниковой сумки через оментобурсопанкреатостому проводим либо в блоке интенсивной терапии, либо в гнойной перевязочной под внутривенным обезболиванием каждые 48–72 часа после первой операции.

Использование такого наступательного метода детоксикационной терапии позволило достоверно снизить летальность в относительно репрезентативных группах больных ДП (сумма баллов по шкале APACHE II не менее 25 — 29) с 49% до 42,9%.

Наш клинический опыт позволяет полностью согласиться с мнением В. С. Савельева с соавт. (1996) о том, что метод программированных этапных некрсеквестрэктомий при ДП не столь травматичен, как это можно было ожидать, что отчетливо проявляется уже через 3–4 санационных вмешательства.

ЛОКАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК МЕТОД ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Н. Анисимов, М. Н. Киселев, А. Г. Ботьяков
г. Нижний Новгород

Мы применяли локальную гипотермию поджелудочной железы в лечении деструктивного панкреатита у 49 пациентов, оперированных по поводу острого панкреатита в общехирургическом стационаре. Под эндотрахеальным наркозом производили лапаротомию, выполняли холецистостомию, а при наличии калькулеза желчного пузыря — холецистэктомию с дренированием желчных путей для снятия гипертензии в билиарном тракте. После вскрытия салниковой сумки на железу укладывали силиконовую трубку $d=0,8 - 1,2$ см, концы которой выводили в правом и левом подреберье. Уровень охлаждения железы регулировали и контролировали с помощью специально созданной гипотермической установки и экспериментально полученных номограмм температуры воды и скорости ее циркуляции. Охлаждение проводили в течении 3–5 суток (температура воды $+10^{\circ}\text{C}$) на фоне консервативной терапии больных.

Применяя этот практически простой и технически несложный метод лечения деструктивных форм панкреатита удалось снизить летальность больных с 55,5% до 31,2%, сократить средние сроки пребывания на койке в 2,3 раза. У больных после применения гипотермии отмечается менее тяжелое течение послеоперационного периода по сравнению с больными без применения данной методики.

Таким образом, положительные моменты применения локальной гипотермии поджелудочной железы при оперативном лечении больных с деструктивным панкреатитом, а также простота и доступность ее осуществления даже хирургами, не имеющими большого опыта операций на этом органе и при данной патологии, позволяют считать локальную гипотермию поджелудочной железы методом выбора в лечении острого панкреатита и требуют дальнейшей разработки данной проблемы.

К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ш. Д. Ачилов, Н. И. Нуритдинов, И. В. Грачев, Б. Х. Муродов, И. В. Мельник
г. Ташкент

Под нашим наблюдением находились 11 больных с тяжелым деструктивным панкреатитом, осложненным шоком и интоксикацией; из них у 3 во время операции выявлены очаги некроза в области головки поджелудочной железы, у 6 — тела и хвоста. У 2 — почти полный некроз тканей поджелудочной железы с сохранением лишь незначительных участков паренхимы, преимущественно в хвосте, реже в головке органа или вдоль селезеночной артерии.

Объем оперативного вмешательства на поджелудочной железе при панкреонекрозе в значительной степени определялся его локализацией. Основной целью операции является удаление некротических тканей по типу секвестрэктомии и создание адекватного дренирования гнойного очага. При дренировании учитывали возможные пути распространения гнойного очага. По нашим данным, лучшие условия оттока гноя и некротических масс поджелудочной железы при сквозном дренировании через отдельный поясничный разрез, когда один дренаж из правого подреберья подводится через Винслово отверстие к поджелудочной железе, а второй из левой поясничной области укладывается параллельно вдоль ложа железы. При тяжелом панкре-

атите, осложненном шоком и интоксикацией, это является единственным способом для спасения жизни больного.

Применение описанной тактики при лечении больных с острым гнойным деструктивным панкреатитом и дифференцированный выбор оперативного вмешательства позволили улучшить результаты лечения. В послеоперационном периоде 8 больных выздоровели и 3 больных умерли от прогрессирования основного патологического процесса.

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Б. Р. Бабаджанов, Б. Н. Курьязов
г. Ургенч

Изучены непосредственные результаты лечения 68 больных с острым деструктивным панкреатитом в возрасте от 19 до 75 лет. Мужчин было 42, женщин 26. Геморрагический панкреонекроз диагностирован у 32 (47%) больных, жировой — у 7 (25,0%), смешанный — у 14 (20,53%), гнойный панкреатит у 5 (7,3%) больных. В основную группу включены 35 больных в комплексном лечении которых использовали комбинированную лазеротерапию (КЛТ), в контрольную — 33 больных, леченных общепринятыми методами. Группы сопоставимы по возрасту, полу больных, срокам возникновения заболевания и его характеру. При осуществлении КЛТ использовали высокоинтенсивные лазерные установки: Ромашка-1 (длина волны излучения — 10,6 мкм, мощность излучения 80 Вт), АИГ-лазер, низкоинтенсивные: АФЛ-01, АФДЛ (длина волны 632,8 нм, мощность излучения 1–5 мВт/кв. см, полупроводниковые лазеры — Узор (длина волны 0689 мкм, частота 300–600 гц, мощность 2,4–4,2 Вт/имп, экспозиция 3 мин).

КЛТ включало в себя выполнение секвестронеэкрэтомии, выпаривание некротических тканей и 8 фибринозногнойных наложений с помощью высокоинтенсивных лазерных установок. С помощью низкоинтенсивных лазеров проводили интраоперационное облучение поджелудочной железы и брюшины, внутривенное (ВЛОК), чрездренажное лазерное облучение (ЧДЛО) и чрескожное аппаратом Узор.

ВЛОК проводили в течение 25–30 мин. с мощностью излучения от 5 до 8 мВт, курс лечения 8–10 сеансов. ЧДЛО — в течение 60 мин. с мощностью в конце световода 10–15 мВт, на курс лечения 7–8 сеансов. Чрескожное — аппаратом Узор с 5–6 точек по 3 мин. каждая с частотой 300 гц, мощностью 25 мВт.

После 3–4 сеансов КЛТ отмечалось улучшение общего состояния больных, уменьшался или исчезал болевой симптом, имелась тенденция к нормализации температуры тела, улучшился сон, появлялась перистальтика кишечника, уменьшалось количество желчи отделяемого из дренажа холедоха. Появлялась тенденция к нормализации биохимических показателей, характеризующих функциональное состояние поджелудочной железы, повышение концентрации иммуноглобулинов А и С, нарастание относительного содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляции. Температура тела у больных основной группы нормализовалась в среднем через $4,1 \pm 0,3$ сут, контрольной — через $9,2 \pm 1,5$ сут. В контрольной группе умерло 3 (4,4%) больных, в основной летальных исходов не было. Причинами смерти являлись: прогрессирование гнойного процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях (1), аррозивное кровотечение (1) и тромбоэмболия легочной артерии (1).

Послеоперационные гнойные осложнения наблюдались у 15 (22,0%) больных контрольной группы и у 7 (10,2%) — основной.

Полученные данные говорят о высокой эффективности использования комбинированной лазеротерапии в лечении больных деструктивным панкреатитом.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗА КУЛЬТИ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

В. Н. Барыков
г. Челябинск

В клинике факультетской хирургии ЧелГМА с 1978-го по 1999 год сделана 121 панкреатодуоденальная резекция (ПДР) по поводу опухолей органов панкреато-дуоденальной зоны. Базовая медикаментозная профилактика и лечение послеоперационного панкреатита заключалась в создании физиологического покоя поджелудочной железе, назначении антибиотиков, ингибиторов протеаз, фармакологической блокаде выработки панкреатического сока, в т. ч. внутривенном введении 5-фторурацила. Послеоперационный период у всех больных был тяжелым, в той или иной степени возрастала амилаза крови и мочи. При этом отмечено, что у пациентов, у которых развивался панкреонекроз, состояние было крайне тяжелым с первых дней с симптомами интоксикации и высоким лейкоцитозом. С 1978-го по 1994 год сделано 47 ПДР, при этом было 15 летальных исходов (31,9%), из которых 4 были обусловлены панкреонекрозом, 5 — несостоятельностью анастомозов и остальные другими

причинами; с 1995-го по 1999 год сделано 74 ПДР с 9 летальными исходами (12,2%), из них 3 из-за панкреонекроза и 3 из-за несостоятельности анастомозов. На наш взгляд развитие панкреонекроза не зависит от выбора реконструктивного этапа. Снижение частоты панкреонекрозов во второй группе мы объясняем введением в гастродуоденальную артерию во время операции 5,0—5% фторурацила до начала манипуляции на поджелудочной железе, использованием для культи железы только атравматических нитей 3/0—4/0, и применением в пред- и послеоперационном периоде сандостатина в дозе 0,2 мг в сутки в течение 3—5 дней у 18 больных. У получавших сандостатин панкреонекрозов не было.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. А. Баулин, А. С. Ивачев, М. М. Беренштейн
г. Пенза

Наш опыт базируется на хирургическом лечении 424 больных острым панкреатитом различной степени деструкции (жировой, геморрагической и смешанной). Испытав различную хирургическую тактику при этом заболевании, мы пришли к убеждению, что все же решающее значение в плане возможного достижения положительного перелома в течении болезни остается за как можно более ранней операцией. За последние 10 лет нами разработан стандартный вариант оперативного вмешательства: дренирование желчевыводящих путей (холецистэктомия по показаниям), вскрытие сальниковой сумки, некрэтомия или секвестрэктомия методом дигитоклазии, обкалывание паранекротической клетчатки раствором новокаина, дренирование сальниковой сумки через эпигастральную лапаростомию, катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии для введения ингибиторов протеаз или цитостатиков.

Если операция выполняется во втором периоде острого панкреатита — периоде полиорганной недостаточности, — то с целью прямой гепатотропной терапии выполняем катетеризацию правой желудочно-сальниковой вены, которая впадает в бассейн воротной вены в отличие от пупочной, впадающей только в левую ветвь воротной вены и осуществляющей васкуляризацию только 3—4 сегментов.

Объем операции в период гнойных осложнений значительно расширяется. Во-первых, мобилизуется вся поджелудочная железа, начиная от хвоста, кончая ее головкой (по Кохеру—Клермону). Во-вторых, при обширных гнойно-некротических поражениях забрюшинного пространства (от диафрагмы до корня брыжейки и каудальнее) операцию заканчиваем лапаростомией методом вшивания в рану капроновой сетки, что позволяет выполнять визуальный контроль за динамикой деструкции в брюшной полости, улучшает аэрацию последней, создавая тем самым условия для подавления анаэробного гнойно-некротического процесса, а также увеличивает объем брюшной полости, что способствует скорейшей нормализации микроциркуляции внутренних органов.

В тех случаях, когда некротический процесс забрюшинного клетчаточного пространства превалировал над гнойным, одного оперативного вмешательства было явно недостаточно, что вынуждало выполнять программированную релапаротомию через 24—48 часов.

В последнее время (с 1996 г.) стали более осторожно относиться к резекциям поджелудочной железы. Показанием к резекции может быть только одно — черный цвет железы. В этой ситуации железа должна быть удалена в максимальном объеме, то есть субтотально. В случаях же, когда поражение железы представлялось в виде апостематозного процесса, мы отказались от резекционных приемов лечения и остановились только на доступной хирургу абсцессотомии. Первоначальное увлечение резекциями железы при явной ее деструкции (апостематоз) привели к плачевным результатам — 4 смерти из 5. Причем при аутопсии было обнаружено множество мелких абсцессов в оставшейся головке pancreas.

За изучаемый период (1984—1999 г.) по поводу различных форм острого панкреатита оперировано 424 больных. Средний возраст 49 лет. Мужчин — 38%, женщин — 62%. Умерло 79 больных (18,6%). Активная хирургическая тактика (ранняя операция), прямая гепатотропная терапия, селективная внутриартериальная противотромботическая терапия, лапаростомия (эпигастральная или тотальная), программированная релапаротомия, сужение показаний к резекции поджелудочной железы позволили снизить послеоперационную летальность с 23,1% до 13,7%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Ю. Н. Белокуров, Г. А. Баранов, В. И. Щетко
г. Ярославль

До внедрения в рутинную практику ультразвуковой диагностики выполнено 124 лапароскопических исследования у 106 больных с предполагаемым острым панкреатитом.

Экстренная лапароскопия подтвердила наличие панкреатита в 53,7% случаев (57 больных). Из их числа геморрагический панкреонекроз отмечен у 20 (35,1%), жиров-

вой у 11 (19,3%), смешанный у 8 (14,1%), холецистопанкреатит у 3 (5,3%), панкреонекроз с перитонитом у 7 (12,3%).

Выявлена острая хирургическая патология, потребовавшая экстренной операции у 26,4% обследованных, в 8,5% случаев установлено наличие других изменений в брюшной полости, без патологии в 7,5% наблюдений. Обнаружен перитонит у 8 больных, в том числе по результатам последовавшей лапаротомии в 3 случаях он возник как результат перфорации абсцедирующих кист поджелудочной железы.

Лапароскопия не внесла ясность в диагноз у 1 больного. Еще в 1 наблюдении из-за спаечного процесса исследование было не информативным. У 2 больных малоинвазивная диагностика дала ложноотрицательные заключения (в 1 случае геморрагический панкреатогенный выпот ошибочно трактован как гемоперитонеум; в другом — заподозрена прикрытая прободная язва 12-перстной кишки как источник перитонита, истинной причиной которого был панкреонекроз).

Выполнение динамической лапароскопии у 18 пациентов позволило констатировать прогрессирование (9) или abortивное течение панкреатита (5), отмечать развитие перитонита на ранних стадиях (2) и изменить первоначальное эндоскопическое заключение (2).

Эффективность лапароскопической диагностики при подозрении на острый панкреатит составила: Se=96,6%, Sp=100%, DE=96,2%, PVP=100%, PVN=95,7%.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

С. Ю. Белокуров, А. К. Уткин, М. П. Потапов
г. Ярославль

Опыт лечения более 350 больных с панкреонекрозом за 40 лет позволяет выделить три периода в хирургической тактике: выжидательная, активная, избирательная. Последняя логически оправдана, но наиболее сложная для реализации. На нашем материале послеоперационная летальность составляет 32%, без операции — 39%. Отсутствие существенных различий объясняется прежде всего неравноценностью групп. Факт подбора больных оказывает решающее влияние на исходы и оценку различных методов лечения.

Современные методы оценки панкреонекроза не могут быть объективно исчерпывающими. Геморрагическое пропитывание ткани поджелудочной железы и секвестрация ее ткани — это различные по морфологии и сущности состояния, очаговый жировой или протеолитический тотальный некроз железы несомненно имеют различные исходы. Ввести эти понятия в диагноз до операции даже при современных методах исследования (УЗИ, компьютерная томография, ЯМР) весьма трудно. Таким образом, сама операция приобретает характер диагностической и тем самым исход от нее будет отнесен в послеоперационный. Однако следует сказать, что и во время операции отличить геморрагическое пропитывание ткани от некроза не всегда представляется возможным и есть вероятность гипердиагностики. Об этом свидетельствует анализ характера 184 операций при панкреонекрозе, среди которых в 47 — произведена холецистэктомия и дренирование холедоха, 12 — дренирование брюшной полости и 12 — дренирование салниковой сумки. Несомненно, этот объем операций если и мог быть выполнен при панкреонекрозе, то только лишь при минимальных проявлениях.

Ответ на поставленный вопрос даст более однородные результаты лечения и адекватную оценку результатов. Сегодня с уверенностью панкреонекроз можно диагностировать по некоторым формам его осложнения (забрюшинная флегмона, перитонит и др.). Даже нарастающая интоксикация не может служить признаком вида и распространенности панкреонекроза.

Таким образом, отсутствие достоверных клинических признаков панкреонекроза и последующего его морфологического подтверждения приводит к неоправданному по показаниям и объему оперативному вмешательству.

Оценка результатов лечения носит в таких случаях случайный характер, связанный со случайным подбором групп больных и пристрастием хирурга.

В свою очередь, обнаружение различных по выраженности интраоперационных признаков ведет к чрезмерному разнообразию по характеру оперативных вмешательств.

СПОСОБ МЕЖДОЛЬКОВОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. И. Бежин, А. Д. Мясников, П. М. Назаренко, В. В. Никулин, Ю. А. Гридасов
г. Курск

Нами разработана и предложена методика внутриорганный междолькового дренирования клетчатки поджелудочной железы (ПЖ) при острых деструктивных панкреатитах. Операция основана на междольковом разделении ее тела и хвоста с помощью прецизионной техники (положительное решение на патент). Для этого под увеличением операционного микроскопа или налобной лупы 4—8 крат на передней по-

верхности хвоста и тела поджелудочной железы после рассечения брюшины остро и тупо начинают разделять дольки по междольковым промежуткам, чередуя поперечные и продольные движения бранш ножниц и диссекторов, сохраняя при этом целостность долек, сосудов и протоков.

Анатомические эксперименты на изолированных органах показали, что:

1. Разделение долек возможно в области тела и хвоста железы, где междольковые борозды глубокие, имеют поперечное по отношению к длиннику органа направление. Дольки легко разделяются при отеке железы, при наличии в междольковых промежутках крови, при некрозе междольковой клетчатки.

2. В области головки разделение возможно только на глубину долек, расположенных на поверхности органа. Большое число сосудов и протоков, «беспорядочное» расположение долек, их небольшая величина создают невозможность применения методики в толще головки.

3. Невозможно разделить дольки по междольковым промежуткам при хронических воспалительных процессах в железе, при «плотных» отеках. Разделение острым и тупым путем сопровождается дополнительной травмой долек, сосудов, протоков.

Экспериментальные исследования на животных показали, что разделение долек по междольковым промежуткам позволяет сохранить анатомическую целостность капсулы долек, сосудов, протоки, обеспечить дренаж и декомпрессию междольковых промежутков железы.

Разработанная методика междолькового дренирования ПЖ применена нами у 14 больных с деструктивным панкреатитом (12 — билиарный, 2 — идиопатический).

Хирургическое вмешательство при билиарном панкреатите включало в себя операции на желчных путях, ПЖ, а также операции на забрюшинном пространстве и брюшной полости.

Операции на желчных путях были направлены на устранение этиологического фактора развития острого панкреатита, т. е. уменьшение внутрипротоковой гипертензии.

Операции на поджелудочной железе включали ее выделение из паранкреатической клетчатки, междольковое разделение тела и хвоста.

Дренировали забрюшинное пространство, паранкреатическую клетчатку, салниковую сумку, отлогие места брюшной полости.

Предложенная методика противопоказана при субтотально-тотальном, геморрагическом панкреонекрозе, а также при гнойно-некротическом панкреатите в стадии организации процесса и секвестрации.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ИСХОДОВ

А. Г. Бебуришвили, Н. Ш. Бурчуладзе, В. В. Мандриков
г. Волгоград

В клинике факультетской хирургии Волгоградской медицинской академии с 1995 года по 1999 год находились на лечении 169 больных острым отечным и 470 больных с острым деструктивным панкреатитом. В том числе с жировым и геморрагическим панкреонекрозом — 294 больных; с паранкреатическим инфильтратом — 95; с гнойно-некротическим панкреатитом — 81.

При лечении острого панкреатита выделяем следующие этапы:

1-й этап — наличие достоверных клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков острого панкреатита. Имея в виду возможность развития деструкции поджелудочной железы и гнойно-некротических осложнений, лечение больных должно быть предельно интенсивным и включать в себя диагностически-санационную лапароскопию, блокаду круглой связки печени, эндолимфатическую терапию цитостатиками, сандостатином. Излечения удалось добиться во всех случаях острого панкреатита (169 наблюдений).

2-й этап — наличие ферментативного перитонита. Лапаротомные способы лечения считаем нецелесообразными. Лечебно-санационную лапароскопию заканчиваем дренированием желчевыводящих путей (173 наблюдения), катетеризацией круглой связки печени (23 наблюдения). Активно используем повторные УЗИ и динамическую санационную релапароскопию (42 наблюдения). Умерло 3 пациента (10,2%).

3-й этап — наличие инфильтратов панкреатической клетчатки и забрюшинного пространства. Лапаротомия не показана. На фоне ЭЛТ, пункций гипозоногенных участков под УЗИ-контролем, паранефральных блокад выздоровления удалось добиться в 72 наблюдениях. Умерло 5 пациентов (5,2%).

4-й этап — секвестрация поджелудочной железы, формирование псевдокист, гнойников салниковой сумки и забрюшинной клетчатки. К широкой лапаротомии прибегаем редко, преимущественно с целью гемостаза при аррозивном кровотечении из магистрального сосуда (4 наблюдения). У 28 пациентов нами выполнена пункция, дренирование гнойников салниковой сумки под УЗИ-контролем. В 12 наблюдениях позволили добиться выздоровления вскрытие, секвестрэктомия из мини-лапаротомного доступа под видеоконтролем, паранефральный контроль, люмбоскопия. У 2 пациентов отмечено формирование фаржского панкреатического свища. Рубцевание свища наступило на фоне глубокой рентгенотерапии (ГРТ) суммарной дозой 400–600 Р. Количество сеансов — 4–6. Умерло 16 пациентов (19,7%).

Предложенное этапное комплексное лечение острого панкреатита, основанное на максимальном ограничении инвазивности, позволило снизить общую летальность с 25,8 до 6,5%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. И. Белоконов, А. М. Савин, В. П. Санагин, М. Л. Ромашова
г. Самара

При оценке форм острого панкреатита использована классификация, принятая в Атланте в 1992 году. Проведен анализ лечения 375 больных с некротической формой острого панкреатита, мужчин было 164, женщин — 111. Все больные разделены на 2 группы. Первую группу составили 111 пациентов, которые были доставлены в отделение с диагнозом острый панкреатит, а панкреонекроз был диагностирован в процессе динамического наблюдения на фоне проводимого консервативного лечения. Вторую группу составили 164 пациента, которые были переведены из других лечебных учреждений, где и были изначально оперированы. Оценку тяжести состояния больных проводили по шкале APACHE II.

Все больные I группы были оперированы или в стадии панкреатогенного инфильтрата с развитием клиники перитонита, или гнойных осложнений, умерло 25 (22,5%). Из 164 больных II группы ни у одного больного не удалось установить, в какую же стадию заболевания была выполнена первичная операция, хотя последующие вмешательства проводили по поводу инфицирования ПЖ, прогрессирования перитонита и распространенных некрозов. Принципиальным отличием среди пациентов I и II групп было соблюдение в первой группе принятых нами стандартов техники хирургических вмешательств, который включал: лапаротомию, вскрытие сальниковой сумки, выполнение некрэктомии из ПЖ только при наличии демаркации зоны некроза, дренирование сальниковой сумки сквозными дренажами, выведенными через правое подреберье и левую поясничную область, наложение холецистостомы. Во II группе несоблюдение этих стандартов приводило к необходимости повторных релапаротомий у 57% больных, а летальность составила свыше 60%. Своевременно выполненная повторная операция среди больных этой группы, но с соблюдением указанных принципов, снизила частоту последующих релапаротомий, а летальность уменьшилась до 36,7%. Высокий процент летальности у больных с панкреонекрозом обусловлен тем, что у 11,2% возникали рецидивирующие кровотечения из ложа ПЖ, у 4,8% — кишечные свищи, у 54% — НЭФ желудка, что у 11,7% потребовало наложения ГЭА. Сравнение I и II групп больных свидетельствует о важности соблюдения стандартов лечения, так как результаты неразрывно связаны со сроками госпитализации и времени начала терапии.

ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. И. Белоконов, В. В. Замятин, А. М. Симатов, П. П. Волков, А. Г. Гришин, Н. Н. Гарин
г. Тольятти

Проведен анализ лечения больных Автозаводского района г. Тольятти с населением в 430 тыс. человек за период с 1995-го по 1999 г. За указанный период пролечено 13 750 больных, из них 188 (1, 38%) больных с острым панкреатитом. По классификации острого панкреатита (Атланта, 1992 г.) острый некротизирующий панкреатит имел место у 110 (58, 8%) пациентов, мужчин было — 65 (59%), женщин — 45 (41%).

Диагностика острого панкреатита включала лабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ, рентгенологическое исследование, КТ брюшной полости, ПЖ. Всем без исключения пациентам лечение начинали с проведения комплекса консервативных мероприятий, включающих инфузионную терапию, форсированный диурез, сандостатин, внутривенное введение контрикала, 5-фторурацила, антибиотиков (метрогил, клафран). Исход острого панкреатита в некротические его формы устанавливали на основании прежде всего динамики клинической картины (нарастание паралитической кишечной непроходимости, появления симптомов перитонита, нарастание почечной, легочной и сердечной недостаточности), изменений лабораторных показателей, а также данных УЗИ и КТ (появление выпота в сальниковой сумке, увеличение и распространение инфильтрации по парапанкреатической клетчатке).

Показаниями к операции у больных с деструктивными формами панкреатита служили: сдавление общего желчного протока, ДПК, ободочной кишки, перитонит, прогрессирующая полиорганная недостаточность. Из 110 больных до 4 суток (в стадию токсемии) было оперировано 68, умерло 27 (39, 7%), до 8 суток (в стадию постнекротического инфильтрата) — 25, умерло — 6 (24%), позднее 10 суток (в стадию гнойных осложнений) — 17, умерло — 1 (5,9%). При лапаротомии объем операции включал очаговую некрэктомию из ПЖ и парапанкреатической клетчатки, субтотальную резекцию ПЖ (у 11 больных), секвестрэктомию (у 45), холецистостомию или наружное дренирование холедоха (у 110 больных), «слепое» дренирование (у 100 больных) и сквозное дренирование (у 10) сальниковой сумки.

При очаговой некрэктомии из 47 умерло 12 (25,5%), при субтотальной резекции ПЖ из 11 умерло 9 (81%), при секвестрэктомии из 17 умерло 1 (5,9%). При «слепом» дренировании салениковой сумки из 100 умерло 32 (32%), сквозном — из 10 умерло 2 (20%).

Из 110 больных с некротизирующими формами панкреатита умерло 34 (30,9%).

ОБОСНОВАНИЕ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТОВ

А. Н. Велаяев, Н. И. Атысов, О. Н. Инякин, Е. И. Новиков, Г. А. Лобанов, А. Е. Лапшин
г. Саранск

Одним из реальных путей улучшения результатов лечения деструктивных панкреатитов является возможность создания высоких концентраций лекарственных препаратов в зоне поражения. К наиболее доступным методам регионарной терапии при острых воспалительных заболеваниях гепато-панкреато-дуоденальной зоны следует отнести внутрипортальные (в/п) инфузии лекарственных препаратов через реканализованную пупочную вену. Однако практическое применение данного метода сдерживается малой его изученностью, в первую очередь это касается темпа и объема внутрипортальных инфузий.

С этой целью проведены 2 серии экспериментов на 20 собаках под тиопентал-натриевым наркозом. Катетеризацию портальной вены осуществляли через селезеночную вену. В/п инфузии физиологического раствора (10 мл/кг) проводили в 1-й серии (10 собак) под давлением 20 мм вод. ст., во 2-й серии (10 собак) — 10 мм вод. ст.

Результаты экспериментов свидетельствовали, что инфузии под давлением 20 мм вод. ст. способствовали возрастанию содержания жидкости в печеночной ткани около ворот печени с 67,9 до 77,9% ($P < 0,001$) на периферических участках — до 73% ($P < 0,05$). Инфузии под давлением 10 мм вод. ст. также приводили к повышению содержания жидкости около ворот печени до 75,3% ($P < 0,05$) и на периферии — до 71,8% ($P > 0,05$).

Экспериментальные результаты показали, что даже небольшое повышение перфузионного давления способствовало интерстициальному отеку печеночной ткани. Это указывает на целесообразность только капельных в/п инфузий.

В клинике у 28 больных с механической желтухой и деструктивным панкреатитом во время оперативных вмешательств производилась катетеризация пупочной вены с целью в/п капельных инфузий антибиотиков, ингибиторов ферментов и озонированного физиологического раствора. Предварительные результаты свидетельствуют о высокой эффективности метода, способствующего более раннему (по сравнению с традиционным лечением) снижению показателей эндогенной интоксикации (молекул средней массы, малонового диальдегида), билирубина, трансаминаз и улучшению результатов лечения.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Е. М. Блажитко, А. И. Бромбин, Г. Н. Толстых
г. Новосибирск

На сегодняшний день, по нашему мнению, можно достаточно убедительно считать положительным эффект реанимационно-операционных мероприятий на этапе поступления больного в клинику и последующего консервативного лечения. Суть последних заключается в том, что при неэффективности начатых консервативных мероприятий в сроки 24–72 часа при нарастании энзимной интоксикации, появлении или прогрессировании желтухи, панкреатогенного перитонита, появлении неустойчивой гемодинамики, снижении диуреза менее 1 л в сутки — в обязательном порядке, как минимум, выполняется лапароскопия. Во время проведения последней уточняется характер и объем воспалительных изменений в сумке малого сальника, распространение перитонита, по показаниям «накладывается» холецистостомия, выполняется дренирование брюшной полости, как правило, по типу перитонеального диализа. Естественно, при такой тактике оптимальным является «перевод» последнего в ограниченное, как правило, верхним этажом брюшной полости осложнения: парапанкреатический инфильтрат, абсцессы сумки малого сальника, кисты поджелудочной железы и др. На наш взгляд, это достаточно благоприятное течение панкреонекроза в отличие от ситуации, когда деструктивный процесс в поджелудочной железе прогрессирует несмотря на проводимое лечение. Как правило, к этому времени уже имеются как минимум скрытые проявления полиорганной недостаточности, а хирург стоит перед фактом раннего (3–6 сут) оперативного вмешательства, при том что гнойно-некротические изменения в поджелудочной железе еще не позволяют адекватно выполнить секвестрнекрэктомию. В этой группе больных наибольший процент летальных исходов в связи с травматичностью, по сути, любого оперативного вмешательства. В этой ситуации в клинике принята чрезвычайно важным «заготовка» рана-вых каналов либо в варианте оментобурсостомы и (или) лямбооментобурсостомы. В

послеоперационном периоде выполняется динамическая санационная лапароскопия сумки малого сальника, секвестрнекрэктомия, которая практически не уступает программированным санационным релапаротомиям.

Из 75 больных в 1990—1999 г. с панкреонекрозом, в основном с геморрагической формой, лечили 41 (54%) больного по вышеописанной методике. Из них умерло 12 (16%), в основном от полиорганной недостаточности, 2 больных от аррозивного кровотечения. Таким образом, лапароскопия в разных вариантах в рамках малоинвазивных манипуляций должна занимать одно из ведущих мест в комплексном лечении при панкреонекрозе.

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И ЭНДОТЕЛИНА-1 ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. В. Бойко, И. А. Криворучко, И. В. Гусак, Е. Е. Шмалько, Н. А. Никифорова, Р. М. Смачило
г. Харьков

Интеракция между иммунокомпетентными клетками и сосудистым эндотелием играет важную роль в развитии сепсиса и синдрома полиорганной дисфункции у критических больных.

Цель исследования: изучить роль интерлейкина-8 (IL-8) и эндотелина-1 (ЭТ-1) в патогенезе мезентериальной гипоперфузии при инфицированном панкреонекрозе.

Методы исследования. Обследовано 12 больных с инфицированным панкреонекрозом в возрасте от 37 до 46 лет. Тяжесть состояния контролировалась с помощью шкалы APACHE II ($11,36 \pm 4,32$) и качественной оценки С-реактивного белка (СРБ) (+3, +4). Исследование уровня IL-8 и ЭТ-1 в сыворотке крови, полученной во время оперативного вмешательства из аорты (А), нижней полой вены (НПВ) и воротной вены (ВВ), выполнено с помощью радиоиммунологического метода и стандартных наборов. Контрольную группу составили 10 больных, оперированных на органах брюшной полости в плановом порядке.

Результаты исследования. Все больные оперированы, летальность составила 33,3% (4 больных). Уровень IL-8 был повышенным в А, НПВ и ВВ, однако наиболее выраженным это повышение отмечено в ВВ (263 ± 53 пг/мл против $3,1 \pm 0,82$ в контрольной группе). Повышение ЭТ-1 существенным было в А, НПВ и ВВ, но наиболее выраженным это повышение было в А ($21,2 \pm 2,4$ пг/мл против $2,9 \pm 0,9$ пг/мл в контрольной группе).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об участии ЭТ-1 в патогенезе мезентериальной гипоперфузии у больных инфицированным панкреонекрозом, течение которого характеризуется увеличением системной цитокиновой реакции. В работе рассматриваются вопросы патогенеза синдрома полиорганной дисфункции, его профилактика и пути лечения.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ю. В. Бондарев, В. Ф. Чикаев, С. В. Доброквашин, О. А. Кольцов, Р. Р. Мустафин
г. Казань

Одну из актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии составляет лечение инфицированных панкреонекрозов. В хирургическом отделении БСМП г. Казани из всех поступивших больных по поводу острого панкреатита 16,4% оперированы по поводу деструктивных форм. Нами проанализированы результаты лечения 55 больных. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. В программе комплексного лечения деструктивных форм панкреатитов хирургический метод с учетом патогенеза патологического процесса является основополагающим. В патогенезе деструктивных форм является поражение окружающих тканей и распространение воспалительного процесса. Наши исследования позволили выявить определенную закономерность распространения гнойно-воспалительного процесса, с учетом которой проводилось хирургическое вмешательство. При этом выявили, что воспалительный процесс околоподжелудочной клетчатки чаще всего (88,7%) распространяется по забрюшинному пространству левого фланга, достигая подвздошной ямки, что определяло нашу хирургическую тактику.

Во время операции проводили широкое рассечение желудочно-ободочной связи и определяли распространенность гнойно-воспалительного процесса. Поджелудочная железа выделялась из окружающих тканей практически на всем протяжении. При поражении только околоподжелудочной жировой клетчатки проводилось ее удаление, обкладывание железы марлевыми салфетками с ЭХАР-анолитом и наложение широкой оментобурсостомии в верхней части лапаротомной раны. При поражении забрюшинной клетчатки левого фланга проводилось вскрытие, санация и дренирование ее через люмботомию. Ввиду ведущей роли в полиорганной недостаточности и эндогенной интоксикации паретически измененного кишечника, обязательным элементом операции является назо-гастральная интубация тонкого кишечника. При

нарушении пассажа желчи накладывали холецистостомию. В последующем через 24—48 часов проводили плановые санации с удалением некротических тканей и секвестров поджелудочной железы до полного очищения полости малого сальника. Патогенетически обоснованный подход к хирургическому лечению инфицированного панкреонекроза позволил снизить летальность с 43,5% до 26,3%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. Е. Борисов, В. П. Земляной, К. Г. Кубачев, С. Е. Митин, В. Б. Хлопов, Д. Е. Ким
г. Санкт-Петербург

В связи с ростом заболеваемости и увеличением удельного веса деструктивных форм острого панкреатита и высокой летальностью диагностика и лечение острого панкреатита остается актуальной.

В клинике хирургии им. Н. Д. Монастырского за последние 4 года на лечении находились 216 больных острым панкреатитом. Независимо от степени тяжести всем больным проводилась консервативная терапия, направленная на подавление экзокринной функции поджелудочной железы (цитостатики, Н₂-блокаторы, рибонуклеаза, далаггин, сандостатин), стабилизацию гемодинамики и уменьшение последствий кининового «взрыва» (ингибиторы протеаз), а также катетеризация перидурального пространства для пролонгированной перидуральной блокады.

Ранние оперативные вмешательства считали показанными при наличии деструктивного холецистита, первичного гнойно-некротического панкреатита и ущемлении камня в фатеровом сосочке, если при этом эндоскопические манипуляции оказывались неэффективными.

С целью оценки степени тяжести поражения поджелудочной железы и наличия перитонита всем больным выполнялась лапароскопия в первые сутки, во время которой проводилась санация и дренирование брюшной полости, по показаниям выполнялась холецистостомия (46 больных — 21,3 %).

Отечная форма острого панкреатита выявлена у 62 (28,7 %), деструктивная — у 151 (69,9 %) больного, в том числе у 10 (4,6 %) — первичный гнойный панкреатит. Деструктивный холецистит выявлен у 6 (2,77 %) больных. Им выполнены лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия (2), дренирование сальниковой сумки и брюшной полости в первые 24 часа. 58 (26,85%) больным в сроки от 3 суток и более выполнена динамическая релапароскопия, в том числе дважды у 43 (19,9 %) больных и трижды и более — у 15 (6,94 %).

Поздние операции на 12—16-е сутки в связи с формированием крупных секвестров поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки произведены у 71 больного (32,9%), 52 (24,1%) из которых выполнена поперечная лапаротомия и бурсоментостомия с последующей регионарной полостной сорбцией. Умерло после операций 38 (17,6 %) больных, в том числе после лапароскопических вмешательств 20 и после традиционных — 18.

Таким образом, методом выбора при лечении острого панкреатита является консервативная терапия. Ранние оперативные вмешательства показаны при сочетанном деструктивном холецистите, первичном гнойно-некротическом панкреатите. Показаниями к поздним операциям является секвестрация паренхимы поджелудочной и парапанкреатической клетчатки.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ — КАК ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Н. И. Вояринцев, В. Д. Кирчанов, Р. Хан, А. Г. Борзенко, Н. М. Екютин
г. Хабаровск

Нами представлен анализ 66 летальных случаев за период с 1990-го по 1999 г. у пациентов, погибших как непосредственно от панкреонекроза, так и имевших его в качестве одной из причин, приведших к летальному исходу.

Среди 66 умерших 32 были старше 60 лет, а самому младшему из больных было 32 года. Почти половина погибших (32 чел.) находились в стационаре не более 10 суток, из них 12 — до суток. Подверглись оперативному лечению по поводу панкреонекроза и панкреатогенного перитонита 48 больных (9 из них более одного раза), у 8 была наложена лапароскопическая микрохолецистостомия и одновременно дренирована брюшная полость, 10 человек не были оперированы.

Из 66 умерших у 20 панкреонекроз развивался как послеоперационное осложнение: чаще всего после резекций желудка (9) и вмешательств по поводу острого холецистита (5). Не были прооперированы в показанных случаях 7 человек: двое из них поступили с ошибочными диагнозами в терапевтическое отделение и находились там до летального исхода, а пятерым не были выставлены показания к оперативному вмешательству в хирургическом отделении. Кроме этого в двух случаях у неоперированных больных панкреонекроз сочетался с инфарктом миокарда, и больные находились в стационаре менее суток, и в одном — с расслаивающейся аневризмой аорты.

Анализ приведенных сведений позволяет сделать вывод о возможном улучшении качества лечения в определенном аспекте и уменьшении летальных исходов. В пер-

вую очередь, это относится к группе больных старше 60 лет, перенесших резекции желудка и операции на желчных путях: у данной категории больных в послеоперационном периоде с первого дня необходимо проводить профилактическое лечение возможного панкреатита и целенаправленную разностороннюю его диагностику. Во-вторых, необходимо более широко проводить лапароскопические пособия — как в диагностическом, так и в лечебном вариантах, что уменьшит процент поздней диагностики и соответственно позднего оперативного вмешательства, а в ряде случаев позволит обойтись только наложением лапароскопической микрохолецистостомы и одновременным дренированием брюшной полости. В-третьих, в ряде показанных случаев релапаротомия при панкреонекрозе можно заменить лапароскопическим пособием для санации или вскрытия абсцесса брюшной полости, что по тяжести для пациентов старшей возрастной группы несравнимо с традиционным лапаротомным доступом.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ В СВЕТЕ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Б. С. Брискин, Г. С. Рыбаков, О. Х. Халидов, А. А. Суплотова
г. Москва

В клинике до 1994 г. превалировала активная хирургическая тактика. Оперативное лечение выполняли всем больным, у которых в течение 3 суток с момента заболевания не было положительной динамики. Объем оперативного пособия состоял в лапаротомии, санации брюшной полости и сальниковой сумки, некрсеквестрэктомии, резекции поджелудочной железы, тампонировании и дренировании брюшной полости и сальниковой сумки. В комплексном лечении использовали биартериальную катетеризацию ветвей аорты для эндоваскулярной терапии и прямой гипотермии охлажденными растворами. Летальность составила 25%. Различные виды резекции поджелудочной железы выполнены у 44 больных: дистальная — у 9 больных, субтотальная — у 13 больных, некрсеквестрэктомия — у 22 больных. Летальность в этой группе больных составила 55%.

При анализе полученных результатов мы пришли к выводу, что выполнять любые виды оперативного пособия у больных, находящихся в состоянии панкреатогенного шока, нельзя. И с 1994 г. была пересмотрена тактика лечения. Основное внимание в настоящее время уделяется тяжести течения болезни, которую мы определяем по международной системе SAPS. В качестве классификации используем Международную классификацию острого панкреатита (Атланта, 1992). Исходя из этого, нами определен алгоритм диагностического и лечебного пособия. Всем больным средней и тяжелой степени течения острого панкреатита лечение проводится в условиях отделения реанимации. С целью ингибирования секреции поджелудочной железы используем сандостатин в течение 3—5 суток с момента заболевания, с целью коррекции энзимной токсемии используем ингибиторы протеаз, а также синтетический аналог энкефалинов — даларгин. С этой же целью используются и экстракорпоральные методы детоксикации. Всем больным проводится динамическое УЗИ и КТ исследования и при выявлении ранних осложнений: сальникового бурсита, абсцесса сальниковой сумки, псевдокисты — широко используем малоинвазивную хирургию. С целью профилактики гнойно-некротических осложнений используем цефалоспорины 3-го поколения или тиамам. При развитии инфицированного панкреонекроза в зависимости от зоны локализации деструкции используем дренирование забрюшинного пространства из минидоступа по краю XII ребра или передне-боковым внебрюшинным доступом. При наличии деструкции в области головки поджелудочной железы выполняем минилапаротомию, некрсеквестрэктомию с лапаростомией и последующей программированной санацией.

Используя предложенный алгоритм комплексного диагностического обследования и лечения больных острым панкреатитом, нам удалось снизить летальность до 16,7%.

ЗНАЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Б. С. Брискин, Г. С. Рыбаков, Г. В. Терещенко, О. Х. Халидов, А. А. Суплотова
г. Москва

Нами проведен ретроспективный анализ данных компьютерно-томографической диагностики и динамического наблюдения 290 пациентов за последние 5 лет, находившихся на лечении в хирургической клинике по поводу острого панкреатита.

КТ признаками отечной формы острого панкреатита мы считали: увеличение размеров поджелудочной железы, всей или ее отделов, сглаженность контуров железы, усиление сигнала от паренхимы органа при в/в контрастировании.

В 53 случаях (17% от общего количества пациентов) была выявлена отечная форма острого панкреатита, не требующая оперативного лечения. Больные из этой группы не исследовались методом КТ повторно, что свидетельствует об отсутствии отри-

цательной динамики в течении отечной формы острого панкреатита в данной группе пациентов. Всем больным проводилось консервативное лечение.

Некротическая форма острого панкреатита характеризовалась следующими признаками: увеличение размеров поджелудочной железы, всей или ее отделов, изменение структуры железы за счет появления участков сниженной плотности, с отсутствием усиления сигнала при в/в контрастировании, пропитывание парапанкреатической клетчатки и других отделов забрюшинной клетчатки, наличие выпота в сальниковой сумке.

Наибольшую группу в структуре заболевания острым панкреатитом составили пациенты с реактивными изменениями в парапанкреатической клетчатке, серозных листках брюшины и плевры, паренхиме печени — 139 человек (44%). КТ исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства проводили в течение 2—7 дней от момента поступления. При исследовании выявили: увеличение размеров поджелудочной железы, инфильтрацию парапанкреатической клетчатки — 100%, скопление жидкости в сальниковой сумке — 29%; всем больным было выполнено дренирование сальниковой сумки под контролем УЗИ; пропитывание листков брюшины по ходу латеральных каналов, листков почечных фасций выявлено в 40%; плевральный выпот — 35%; у 12% больных выполнена плевральная пункция дважды, у 22% трижды, у 21% было произведено дренирование плевральной полости; диффузное снижение плотности паренхимы печени выявлено в 57%.

Группа пациентов, у которых при первом исследовании в забрюшинной клетчатке выявлялся панкреатогенный инфильтрат, составила 98 человек (31%). При анализе этой группы пациентов, оказалось, что наиболее частый путь распространения инфильтрации — по ходу клетчатки латеральных каналов, частота встречаемости 39%. При инфильтрации по протяженности до малого таза выявлялась у каждого третьего пациента с распространением панкреатогенного инфильтрата по забрюшинной клетчатке латеральных каналов. В 20% случаев вовлекалась в той или иной степени парапанкреатическая клетчатка, 15% случаев инфильтрацию выявляли в корне брыжейки тонкой кишки, в 12% — в воротах селезенки, в брыжейке поперечно-ободочной кишки — в 11% случаев, в большом сальнике — в 10% случаев. Параколическая клетчатка вокруг восходящей ободочной кишки и печеночного угла заинтересовывались в 5% случаев, в 4% — клетчатка вокруг левого надпочечника.

46 пациентов (47%) из группы с наличием панкреатогенного инфильтрата в забрюшинной клетчатке исследовали неоднократно, наблюдали в динамике через 5—10 дней для оценки состояния паренхимы поджелудочной железы и инфильтрата. В течение 5—15 дней у 27 пациентов при КТ исследовании была отмечена отрицательная динамика в течении острого панкреатита. Признаками тяжелого течения острого панкреатита и присоединения гнойно-некротических осложнений мы считали: формирование участков деструкции в паренхиме железы — мелкоочаговая деструкция — до 10 мм (5 больных), крупноочаговая 10 мм и более (3 больных); увеличение зоны инфильтрации, появление неоднородности структуры за счет содержимого, превышающего плотность жидкости (12 больных); увеличение степени выраженности реактивных изменений и признаков полиорганной недостаточности (7 больных).

У 75 человек из обследованных пациентов отмечено формирование кист в поджелудочной железе, всем больным выполнено наружное дренирование под контролем УЗИ.

Проведенные исследования и наша тактика лечения позволили добиться снижения летальности до 16,7%.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Б. С. Брискин, Н. Н. Хачатрян, Г. С. Рыбаков, О. Х. Халидов, А. А. Суплотова
г. Москва

Абсолютным показанием для антибактериальной терапии является лечение развившихся гнойных осложнений или панкреатогенного шока.

Начальная антибиотикотерапия всегда эмпирическая, при гнойных же осложнениях она основывается на полученных бактериологических данных, хотя зачастую приходится начинать антибактериальную терапию с учетом предполагаемого возбудителя.

Выбор антибактериального препарата или комбинации препаратов основывается на ретроспективном анализе данных бактериологических исследований микробной флоры из экссудата брюшной полости, полученного при лапароскопии, из сальниковых бурситов в ранние и поздние сроки, из гнойников парапанкреатической клетчатки.

При лечении 44 больных с острым деструктивным панкреатитом использованы различные комбинации антибиотиков: нетилмицин в сочетании с линкомицином и метронидазолом, цефтриаксон с метронидазолом, ципрофлоксацин с метронидазолом, нетилмицин с цефоперазоном и другие.

25 больных с первых дней поступления в стационар в комплексной терапии получали имипенем-циластатин в дозировке по 0,5 г 4 раза внутривенно, не дожидаясь развития вторичных гнойных осложнений. 10 больных получали имипенем-циластатин при неэффективности антибактериальной терапии другими препаратами.

При исследовании иммунного статуса больных панкреатитом отмечено более быстрое восстановление параметров Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета и активности фагоцитирующих клеток, а также активности ИЛ-1 и ИЛ-2 в группе больных, получавших с первых суток лечения имипенем-циластатин.

Применение имипенем-циластатина в комплексной терапии больных острым деструктивным панкреатитом с первых дней лечения позволило снизить летальность с 16 до 11%, по сравнению с группой больных, получавших антибиотики других групп, и до 13% — при сравнении с группой больных, которым антибактериальная терапия имипенем-циластатином начата при неэффективности лечения другими антибиотиками.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

П. Г. Брюсов, М. В. Лысенко, А. И. Заикин, С. В. Урсов
г. Москва

За последние 3 года в отделении неотложной хирургии находилось на лечении 115 больных острым панкреатитом. Возраст больных был от 32 до 76 лет и в среднем составил 53 года. Причиной заболевания в 71 случае была погрешность в диете, в 22 — патология желчного пузыря и желчевыводящих протоков, в 20 — прием алкоголя и его суррогатов. При поступлении в госпиталь всем больным выполняли УЗИ гепатопанкреато-дуоденальной зоны, ФГС, биохимическое и общеклиническое исследования крови, мочи, определяли показатели диастазы. При гнойно-деструктивных осложнениях и панкреонекрозе исследования дополняли КТ и лечебно-диагностической лапароскопией. В последующем катетеризировали аорту по Сельдингеру и больного помещали в реанимационное отделение.

В результате обследования у 87 больных диагностировали острый интерстициальный панкреатит, у 28 — панкреонекроз, который в 7 случаях был геморрагическим, в 8 — жировым, в 10 — смешанным и в 3 — гнойным. У 9 человек некроз поджелудочной железы был мелкоочаговым, у 11 — крупноочаговым, у 3 — субтотальным и у 5 — тотальным.

За основу лечения панкреатита была принята комплексная интенсивная терапия, направленная на купирование синтеза и инактивацию ферментов поджелудочной железы, купирование воспалительного процесса, коррекцию микроциркуляции, лечение синдрома панкреатогенной и тканевой токсемии, профилактику развития вторичной инфекции, синдромное лечение нарушений функций паренхиматозных органов. Данную терапию проводили под динамическим контролем УЗИ, КТ, лапароскопии, которые позволяли оценивать динамику патоморфологического процесса в поджелудочной железе, окружающих органах и тканях.

В ранние сроки (1—5 сутки) оперировали 14 больных: 5 человек по поводу тотального геморрагического панкреонекроза, 9 — с холецистопанкреатитом, мелко- и крупноочаговым панкреонекрозом. При желчнокаменной болезни и очаговом панкреонекрозе выполняли холецистэктомию, холедохолитотомию, наружное дренирование холедоха, мобилизацию поджелудочной железы по верхнему и нижнему краю, санацию и дренирование брюшной полости. При гнойно-деструктивных осложнениях осуществляли некрсеквестрэктомию, назоинтестинальную интубацию полифункциональным зондом, вскрытие абсцессов и затеков, дренирование забрюшинной и парапанкреатической клетчатки. Умерли 3 (21,4%) больных от прогрессирования панкреонекроза (2) и абсцедирующего холангита (1).

Отсроченные операции (5—14 сутки) выполняли у 6 больных с субтотальным (у 3) и крупноочаговым (у 3) панкреонекрозом. У 2 человек осуществили корпоросаудальную резекцию и спленэктомию, у 4 — некрсеквестрэктомию. Умер 1 (16,7%) больной от прогрессирования панкреонекроза и перитонита.

В позднем периоде (14—21 сутки) оперировали 3 больных с очаговым панкреонекрозом. Операции были направлены на устранение гнойно-деструктивных осложнений. Выполняли некрсеквестрэктомию, вскрытие и дренирование внутрибрюшных абсцессов. Умер 1 больной от гнойной интоксикации и кровотечения из сосудов забрюшинного пространства.

Таким образом, послеоперационная летальность составила 21,7%, общая летальность — 4,3%.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ ДИНАМИЧЕСКИМИ БУРСОПАНКРЕАТОСКОПИЯМИ

А. Г. Бухвалов, В. Н. Бордуновский
г. Челябинск

Больные с панкреонекрозом составляют около 8% контингента хирургических стационаров, с летальностью, достигающей 70—80%. В последние два года при лечении 15 больных с панкреонекрозом мы пользовались динамическими лечебными бурсопанкреатоскопиями с ультразвуковой кавитацией. Суть метода состоит в том, что во время выполнения первичной операции по поводу острого панкреонекроза произво-

дится вскрытие салниковой сумки, ревизия поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Это позволяет оценить форму панкреатита, выраженность деструктивных процессов и возможность проведения первичной секвестрэктомии. Затем к поджелудочной железе подводились специально изготовленные металлические или полихлорвиниловые гильзы для последующих динамических лечебных бурсопанкреатоскопий. Верхушки гильз выводились на переднюю брюшную стенку и фиксировались к коже швами. Тем самым создавалась возможность проведения динамических лечебных осмотров полости салниковой сумки и самой поджелудочной железы.

Для производства динамических лечебных бурсопанкреатоскопий мы пользовались видеосистемой от фирменной лапароскопической стойки «Дюфнер» и гастроскопом «Пентакс» диаметром 7,8 мм. Лапароскоп или гастроскоп вводили через одну из гильз. Через остальные гильзы производились непосредственно лечебные манипуляции с помощью различных эластичных полихлорвиниловых трубок: промывалась полость салниковой сумки и проводилась ультразвуковая кавитация в режиме «вспенивания» при частоте колебаний инструмента-концентратора до 70 кГц.

Особенностью предлагаемой методики является то, что все лечебные санационные мероприятия в салниковой сумке производятся непосредственно под визуальным контролем, максимально щадяще по отношению к железе, мягкими эластичными полихлорвиниловыми трубками. При этом почти полностью исключается опасность вторичного эрозивного кровотечения. Ультразвуковая кавитация способствует более быстрому отторжению некротизированных слепков поджелудочной железы и гноя от ее здоровой ткани, глубокому проникновению антибиотиков в ткань инфильтрированной железы и забрюшинной клетчатки.

Общая длительность лечения уменьшилась в 4 раза по сравнению с больными, которые лечились традиционно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. В. Быков, В. С. Прокофьев, В. А. Пилипчук, В. З. Поволокин, В. Г. Матросов, А. А. Климентов
г. Волгоград

За десять лет (1989—1998 гг.) наблюдали 1769 больных с различными формами панкреонекроза. Использовали классификацию В. С. Савельева с соавт. У неоперированных больных диагноз ставился на основании клинко-лабораторных и ультразвуковых данных. При перитонеальных симптомах выполняли лапароскопию. Характерными признаками деструкции поджелудочной железы считали паралапанкреатический инфильтрат, бляшки стеатонекроза, геморрагический выпот в брюшной полости. Выборочный анализ историй болезни показал, что диагноз отека поджелудочной железы «засорен» в пределах 8—10% наблюдений. Вместе с тем число больных панкреонекрозом за последние пять лет увеличилось почти вдвое. При распределении наблюдений по таким ключевым критериям, как тяжесть течения панкреонекроза, эффективность консервативного лечения и исход, оказалось, что у 1615 пациентов (91%) стандартная терапия оказалась адекватной (летальность 0,06%). В этой группе соотношение отечной и деструктивной форм составило примерно 4/1. Ни у одного больного не отмечалось разлитого ферментативного перитонита. Основным симптомом панкреонекроза был пальпируемый в проекции железы инфильтрат. Во второй группе пациентов из 150 человек (8,5%) у всех больных наблюдался разлитой ферментативный перитонит. В 47 наблюдениях удалось добиться эффекта с помощью лечебной лапароскопии (умерло 2 больных). В остальных 103 случаях интенсивное лечение, включающее лапароскопический комплекс, было неэффективно, поэтому выполнялись срочные и отсроченные вмешательства на поджелудочной железе, включая программные санации очагов некроза. Умерло 45 больных (43,6%).

Полученные данные позволяют сделать следующее заключение. С практической точки зрения целесообразно выделять всего два варианта панкреонекроза: abortивный (неосложненный), включающий не только отек поджелудочной железы, но и мелкоочаговый некроз с благоприятным течением, и прогрессирующий (осложненный) панкреонекроз. Разительное отличие в исходах позволяет предположить, что это две самостоятельные формы некробиотического процесса в поджелудочной железе, которые не следует рассматривать как его стадии. В связи с этим исключительно важное значение приобретают исследования, направленные, во-первых, на изучение механизма «остановки» панкреонекроза и, во-вторых, на поиск и выделение факторов, позволяющих прогнозировать возникновение той или иной формы панкреонекроза у конкретного больного.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ПОМОЩЬЮ НЕЙРОННЫХ СЕТЕЙ

Ю. С. Викник, С. И. Петрушко, С. В. Якимов
г. Красноярск

Применение компьютерных нейронных сетей для прогнозирования течения заболеваний представляет собой достаточно простую технологию, апробированную уже в

нескольких областях медицины. Для создания нейросетевой экспертной системы требуется набор примеров (задачник) с входными параметрами (данными, на основе которых будет производиться прогноз) и заранее известными ответами. В данной работе примерами являются больные острым панкреатитом с набором данных клинического, лабораторного и инструментального обследования. Для создания системы было решено использовать только данные при поступлении, так как прогноз течения заболевания желательнее получать уже в самом начале госпитализации. Известным ответом для каждого примера стал факт развития (или отсутствия развития) панкреонекроза.

Главный вопрос при создании нейроэкспертной системы — возможность обучения нейронных сетей поставленной задаче. Задача ставилась следующим образом: используя 152 примера (больные острым панкреатитом, у 16 из которых развился панкреонекроз), на основе максимум 172 параметров нейронная сеть должна обучиться оценивать вероятность развития панкреонекроза. Обученную нейросеть можно применять для прогноза уже для тех больных, которые не участвовали в обучении. Следует отметить, что при создании нейропрограмм время затрачивается на обучение нейросетей. Обученная нейросеть выдает ответ практически мгновенно.

Стартовая нейронная сеть была полносвязной (каждый нейрон связан с каждым), состояла из 20 нейронов и 744 синаптических связей и имела дополнительную синаптическую матрицу входов. Для обучения этой нейросети понадобилось около 2 минут на персональном компьютере Pentium-100 MHz. После стартового обучения использовался режим минимизации количества входных параметров. При этом после каждого полного успешного обучения проводилось вычисление относительной значимости входных параметров; параметр с наименьшей значимостью выключается, после чего обучение продолжается. Цикл повторяется до тех пор, пока нейросеть не перестанет обучаться, после чего последние 2–3 отключенных входных параметра восстанавливаются для использования (можно восстанавливать только один параметр, однако, для более устойчивых результатов включаются несколько).

В результате нескольких подобных циклов количество параметров, требующихся для прогноза развития панкреонекроза, было сокращено со 172 до 16.

Небольшое количество параметров, требующихся для прогноза развития панкреонекроза, свидетельствует о достаточной простоте задачи и возможности вербализации алгоритма расчета. Вербализация алгоритма работы нейросети приводит к созданию формулы, подставляя в которую входные данные, можно получить ответ. Для вербализации была использована простейшая двухслойная нейросеть из 4 нейронов (по два нейрона в каждом слое).

Описанный алгоритм реализован в виде компьютерной программы. Для получения прогноза достаточно заполнить 13 параметров больного, после чего пользователь получает вероятностный прогноз развития панкреонекроза.

Программа была протестирована на 20 примерах женщин с острым панкреатитом (не вошедших в обучающую выборку), у 10 из которых развился панкреонекроз. Для 16 примеров программа вычислила правильный результат (из них 9 — с отсутствием панкреонекроза и 7 — с наличием), что составило 80%. Безусловно, данный результат является предварительным, так как для достаточно валидного теста необходима большая выборка.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНИРОВАННОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РАСТВОРА И АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. С. Винник, С. В. Якимов, В. Л. Фаттахов, С. И. Петрушко, Д. А. Зазыбо, В. Б. Якимова
г. Красноярск

Целью нашего исследования явилась разработка методов лечения и профилактики гнойных осложнений острого панкреатита.

В задачи исследования входило: изучить эффективность сочетанного применения озонированного физиологического раствора (ОФР) и цефазолина в отношении клинических штаммов *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* *in vitro*; выяснить целесообразность различных способов лаважа брюшной полости при деструктивном панкреатите.

Установили, что ОФР в концентрации 0,8 мкг/мл приводит к угнетению жизнедеятельности микроорганизмов.

При изучении совместного действия озонированного физиологического раствора и антибиотиков в отношении исследуемых культур микроорганизмов чувствительность *Pseudomonas aeruginosa* к бактерицидному действию цефазолина возросла в два раза, чувствительность *Acinetobacter baumannii* и *Klebsiella pneumoniae* — в четыре раза.

Учитывая необходимость подведения лекарственного препарата непосредственно к железе, являющейся источником гнойного воспаления при деструктивном панкреатите, мы сочли целесообразным в эксперименте на беспородных собаках исследовать эффективность изолированного лаважа ПЖ 0,9%-ным физиологическим раствором; антибиотиком; ОФР; сочетанным применением ОФР и антибиотика.

К 3-м суткам послеоперационного периода в контрольной группе погибли все животные. При использовании для лаважа мобилизованного участка ПЖ физиологического раствора, ОФР, антибиотика, сочетанном применении ОФР и антибиотика, лучшие результаты получены при сочетанном лаваже.

Полученные экспериментальные данные позволили начать апробацию метода сочетанного применения ОФР и антибиотика в клинических условиях. Контрольная группа (25) больных получала традиционное лечение, лаваж ПЖ осуществлялся физиологическим р-ром с антибиотиком, в опытной группе (28) больных в течение 5—7 суток после операции 2 раза в день производили сеансы лаважа ПЖ ОФР и физиологическим р-ром с антибиотиком.

Предложенная методика позволила снизить летальность у больных с панкреонекрозом в послеоперационном периоде с 27,8% до 21,4%, койко-день сократился с 31,3 до 24,3.

НАРУШЕНИЯ И КОРРЕКЦИЯ ГОМЕОСТАЗА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. П. Власов, В. Н. Подеров, И. В. Саушев, Н. В. Шмелькова, Л. А. Сарыгина
г. Саранск

В эксперименте на собаках на модели панкреонекроза нами изучена взаимосвязь расстройства липидного обмена поджелудочной железы, печени, кишечника и плазмы крови с выраженностью эндогенной интоксикации.

Оказалось, что при панкреонекрозе у животных возникали выраженные явления эндогенной интоксикации. Эффективная концентрация альбумина уменьшалась более чем на 22 % ($P < 0,001$). Резерв связывающей его способности снижался на 31 % ($P < 0,001$). Индекс токсичности плазмы повышался более чем в 1,5 раза ($P < 0,001$). Содержание молекул средней массы возрастало в 1,9 раза ($P < 0,001$). Уровень диеновых и триеновых конъюгатов повышался соответственно на 56 и 63 % ($P < 0,01$), а содержание ТБК-активных продуктов — в 1,6 раза ($P < 0,01$).

При исследовании биопсийного материала установлено, что в поджелудочной железе, печени, кишечнике возникают стойкие нарушения обмена липидов. В поджелудочной железе и печени отмечается рост доли свободных жирных кислот (более чем в 3 раза), лизофосфатидилхолинов (более чем в 5 раз) и 1,2-диацилглицеринов (более чем в 1,7 раза), а на этом фоне уменьшается уровень холестерина, триацилглицеридов и фосфатидилхолинов. Это свидетельствует о преобладании мембрано-деструктивных процессов, связанных с активацией фосфолипаз (более чем в 5 раз) и интенсификацией свободнорадикальных реакций. В кишечнике изменения в обмене липидов во многом сопоставимы. Это подчеркивает типичный характер патофизиологических процессов на рассматриваемом уровне. Меньшая выраженность и некоторые специфические особенности в биологическом ответе со стороны липидной фазы свидетельствуют о меньшей вовлеченности кишечника в патологический процесс. В целом отмечена корреляционная зависимость между выраженностью эндотоксикоза и расстройствами липидного обмена (коэффициенты корреляции $R = 0,57 - 0,63$). Эти данные явились основой для исследования влияния лекарственных средств, обладающих антиоксидантным эффектом (ксимедон, витамин Е, димефосфон), на эндотоксикоз при панкреонекрозе. Обнаружен благоприятный лечебный эффект комплексной терапии. Указанные препараты наряду с коррекцией липидного обмена уменьшали выраженность эндотоксикоза. Полученные экспериментальные данные по углубленному изучению ведущих патофизиологических молекулярных механизмов панкреонекроза и возможной их коррекции явились основой для успешного применения антиоксидантов в комплексной терапии этого заболевания в клинической практике.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. Н. Волков, Н. Ф. Федоров, А. Г. Дербенев, В. В. Оленин, В. В. Ворончихин
г. Чебоксары

Работа выполнена на анализе 487 историй болезни больных панкреонекрозом за период 1986—1999 гг. Наблюдались следующие осложнения: профузные кровотечения у 15 больных, забрюшинные флегмоны у 12 (у 3 из них они занимали все забрюшинное пространство), у 21 абсцесс салниковой сумки, у 9 секвестрация тела и хвостовой части поджелудочной железы, у 13 абсцессы этого органа, у 25 ложные кисты (у 7 с нагноением), у 12 больных панкреонекроз осложнился панкреатическими свищами. У 37 больных наблюдался панкреатогенный перитонит.

Кровотечения у 12 больных остановлены прошиванием сосуда, тампонадой. У 3 из них наступил рецидив кровотечения, которое остановлено резекцией хвостовой части поджелудочной железы. У одной больной кровотечение рецидивировало 5 раз, ни прошивание сосуда, ни тампонада, ни даже резекция части органа не принесли успеха. Еще у 3 больных оперативные вмешательства оказались безуспешными. При забрюшинных флегмонах у 3 произведена абдоминализация.

Обнаруженная на операции забрюшинная флегмона вскрывалась путем мобилизации левого фланга ободочной кишки с широким дренированием. Если же гнойники образовывались в послеоперационном периоде, то они вскрывались поясничными внебрюшинными доступами. Один больной с абсцессом оперирован 7 раз. Из 15 больных с забрюшинными флегмонами умерло 6 больных. У большинства из них был геморрагический панкреонекроз.

При абсцессах сальниковой сумки проводилось широкое ее вскрытие, эвакуация экссудата с последующим дренированием фторопластовыми либо хлорвиниловыми трубками. Всем им выполняли тампонирующее сальниковой сумки большим сальником. В этой группе умерло 3 больных.

При наличии секвестрации прибегали к секвестрэктомии. У 4 больных из них был некроз тела и хвостовой части органа с четко выраженной демаркационной линией. Им выполнена корпорокаудальная резекция поджелудочной железы. Из них умерло 2 больных.

При абсцессах самой железы обычно приходилось не только вскрывать их, но и комбинировать в большинстве случаев с секвестрэктомией. В этой группе умерло 2 больных.

Спустя 2–3 месяца после операции у 25 больных образовались ложные кисты. Операцией выбора при них, за исключением осложненных нагноением, считаем внутреннее дренирование. Выполнялись цистогастростомия, цистоеюностомия, цистодуоденостомия. В этой группе умерших не было.

7 больным с нагноившимися кистами выполнено вскрытие и дренирование кисты, марсупиализация. Из 7 больных умерло 2 пациента.

С большими панкреатическими свищами поступали следующим образом. В свищ вводили антиферменты и антибиотики, в результате чего у 5 из 15 больных свищи закрылись без повторной операции. 7 больным выполнен панкреатикоеюноанастомоз.

При панкреатогенном перитоните умерло 5 человек.

Всего с осложнениями панкреонекроза умерло 24 человека. Общая летальность — 4,9%. Послеоперационная летальность — 16,9%.

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Д. В. Волков, А. А. Стадников, В. С. Тарасенко, Д. Б. Демин
г. Оренбург

Обследовано 77 больных острым деструктивным панкреатитом в фазе панкреонекроза. Во время операции и аутопсии проводилась биопсия с последующим гистологическим изучением участков поджелудочной железы для определения степени повреждения ее тканей (окраска срезов гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону, перйодатом К и реактивом Шиффа), селезенки и лимфоузлов с морфометрической оценкой изменений Т- и В-зависимых зон.

Анализ гистологического материала позволил установить клинко-морфологические параллели между течением острого панкреатита и характером структурной реорганизации поджелудочной железы, региональных лимфатических узлов и селезенки.

Во всех исследованных случаях в поджелудочной железе имели место признаки геморрагического панкреонекроза (отек паренхимы и стромы, выраженная вазодилатация с признаками сладжирования гемокapилляров и микротромбозов, многочисленные участки жировых некрозов, кровоизлияния, секвестрация долек органа). В паранекротических зонах обнаружены дискомплексированные ацинусы, включающие ослизненные панкреатоциты, а также кисты, заполненные мукоидным секретом.

В случаях гнойно-некротических осложнений зоны некрозов возрастали на 30–35% с увеличением числа полиморфоядерных лейкоцитов, макрофагов, лимфоцитов, которые имели признаки деструктивных изменений.

По ходу сохраненных выводных протоков железы идентифицированы немногочисленные малодифференцированные эпителиоциты, пролиферация которых сдержана (митотический индекс $18,6 \pm 1,8$ промилле).

В лимфатических узлах верхнего этажа брюшной полости установлена гиперплазия коркового вещества и паракортикальной зоны. При этом герминативные центры (В-зоны) лимфоидных фолликулов слабо выражены. В случаях гнойно-некротических процессов в поджелудочной железе величина лимфоидных фолликулов уменьшилась на 1/3, герминативные центры в них не определялись. На 18% уменьшилась протяженность паракортикальной зоны (Т-зона).

Аналогичные структурные изменения определены и в селезенке, где по мере нарастания гнойно-некротических процессов прогрессивно уменьшались лимфоидные фолликулы и территории, занятые В-лимфоцитами (центры размножения) и Т-лимфоцитами (периаартериальная муфта).

В своей совокупности данные факты позволили сформулировать положение о том, что клиническое течение острого панкреатита протекает на фоне иммунодефицита, усугубляющегося в связи с гнойно-некротическими осложнениями. С другой сторо-

ны, тяжесть и характер течения ОП четко коррелируют со структурной реорганизацией лимфоидного аппарата брюшной полости.

К МЕТОДИКЕ НАЛОЖЕНИЯ УПРАВЛЯЕМОЙ ПАНКРЕАТОСТОМЫ

В. В. Власов, М. С. Гойда, В. Г. Мартынюк, П. А. Погурало
г. Хмельницкий, Украина

На протяжении 1997—1999 гг. в отделении лечилось 153 больных с острым панкреатитом. Возраст больных составил 20—69 лет. Мужчин было 55, женщин — 98. 47 больных прооперировано по поводу гнойно-некротических осложнений острого панкреатита. В лечении 15 пациентов использовалась методика управляемой панкреатостомии (УП).

Методика УП заключалась в следующем. Выполнялась верхняя срединная лапаротомия с рассечением пупочного кольца. При ревизии брюшной полости визуально и пальпаторно исследовались возможные пути парапанкреатических затеков, состояние желчного пузыря и внепеченочных ходов. Широко раскрывали желудочно-ободочную связку ниже желудочно-сальниковых сосудов. Разделив сращения между задней стенкой желудка и брюшиной на поджелудочной железе, осматривали ее. В случае необходимости осторожно, тупым и острым путем раскрывали парапанкреатические затеки, эвакуировали гной и детрит, исследовали плотность фиксации некротических участков поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. При слабой фиксации их удаляли острым путем, избегая значительного кровотечения из окружающих тканей. Сальниковую сумку промывали антисептиками, дренировали трубчатыми дренажами, которые выводили с обеих сторон через контрапертуры в IX межреберье по задней подмышечной линии. Через эти же контрапертуры дренировали поддиафрагмальные пространства. Полость малого таза при необходимости дренировали трубчатыми дренажами, выведенными через контрапертуру в области левого поясничного треугольника. В случаях невозможности полного удаления некротических тканей операцию заканчивали программированной лапаропанкреатостомой. Для облегчения последующих санационных ревизий сальниковой сумки в нее вводили две пластинки перфорированного пластика. Одну его пластину располагали на задней стенке желудка, другую — на мезоколон. Между пластинами пластика размещали тампоны-дренажи, которые выводили через лапаротомную рану и контрапертуры. Стягивающие швы на лапаротомную рану накладывали только на кожу, без захвата в шов апоневроза, что позволяет предупредить его травматизацию и воспалительную инфильтрацию. Спустя 24—48 часов проводили повторные сеансы программированной лапаропанкреатостомии с последующей секвестрнекрэктомией и санацией брюшной полости и сальниковой сумки. После ликвидации ферментативного (гнояного) перитонита лапаротомная рана ушивалась до размеров панкреатостомы (4—6 см). В последующем проводились ситуационные (повышения температуры тела больше 38° С, обильное гнойное отделяемое и т. д.) санации сальниковой сумки под наркозом. К верхнему и нижнему краям панкреатостомы подшивались кетгутowymi швами концы желудочно-ободочной связки.

В процессе лечения больные получали интенсивную антибактериальную, антиферментную терапию (сандостатин, контрикал и т. д.), парентеральное и энтеральное зондовое питание. Длительность пребывания в стационаре составила у этой категории больных $25,1 \pm 3,7$ дня. Умерло 11 больных (из них при применении УП — 1).

Таким образом, предложенная нами методика управляемой панкреатостомы позволяет облегчить ее проведение, уменьшить травматичность, а тем самым избежать возникновения свищей полых органов и кровотечений.

ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ: РАСШИРЕНИЕ ИЛИ СУЖЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ?

С. А. Гешелин, В. М. Лацкевер, Н. В. Миценко
г. Одесса

Подвергнуты анализу результаты лечения 235 больных за 1982—1998 гг. Неясная ситуация при предположении о ПН и наличии симптомов раздражения брюшины может быть разрешена с помощью лапароскопии или (при ее невозможности) лапароцентеза с исследованием экссудата.

Лапароцентез выполнен у 104 больных (44,3%): у 90 — получен серозный или геморрагический экссудат без запаха, без примеси фибрина, с высокой активностью амилазы — предположение о ПН подтверждено. Экссудат не получен у 4 больных («сухая пункция»). У 8 больных после пункции предположение о ПН отвергнуто. У 2 больных допущены диагностические ошибки. Экстренная операция произведена 74 (37,5%) больным с ПН; выполнено дренирование сальниковой сумки через переднюю брюшную стенку.

Умерли 18 больных, 14 оперированы повторно по поводу гнойных осложнений (четверо — более двух раз).

Наличие перитонеальных симптомов и даже клинических признаков разлитого перитонита при ПН не всегда являются показаниями к неотложной операции. В первые 4–5 суток заболевания перитонит асептический, ферментативный, и краткое консервативное лечение хотя и не очень привычно, но допустимо.

Диагностическая и лечебная лапароскопия при остром панкреатите выполнена 131 больному, из них при панкреатогенном перитоните 46 больным. Лапароскопическое дренирование брюшной полости производилось всем больным. Для снижения ферментной агрессии различные способы лапароскопических холецистостомий выполнены 53 больным. Лапароскопическая катетеризация круглой связки печени с введением ингибиторов протеолиза и антибиотиков в паранкреатическую клетчатку для осуществления пролонгированной новокаиновой блокады произведена 127 больным.

Из 32 больных, оперированных через 4–5 суток, у 28 кроме лапаротомии выполнены некрэктомия, люмботомия слева и сквозное дренирование сальниковой сумки с последующим длительным лаважем. Выздоровели 22.

Применение лапароскопических методов позволяет ограничить показания к ранней открытой операции, которую считаем наименее рациональной.

Из 46 больных панкреатогенным перитонитом, которым применяли закрытые (лапароскопические) операции, умерли 3.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА

М. В. Данилов, В. П. Глабай, Р. Я. Темирсултанов, В. И. Макарова
г. Москва

Под нашим наблюдением находились 1890 больных острым панкреатитом, из них у 426 диагностирован панкреонекроз. У 110 развился гнойный панкреатит, 56 поступили в клинику с осложнениями панкреатита и перитонитом, 7 больных выписались из других лечебных учреждений после клинического улучшения и поступили с распространенными формами гнойного панкреатита, наконец, 19 переведены из других лечебных учреждений в связи с неэффективностью лечения. Эта группа из 192 больных оперирована.

В своей работе мы используем классификацию, согласуемую с Международной классификацией (Атланта, 1992), лишь выделяя вместо инфицированного панкреонекроза гнойный панкреатит с паранекрозом, что служит инструментом для более раннего определения показаний к операции и способствует выбору метода операции.

Наблюдения показали, что в 32,3% случаев, несмотря на адекватное лечение, острый панкреатит проходит от фазы отека до секвестрации за 4–6 суток, а в остальных случаях отмечается двухэтапное течение через стадию мнимого благополучия.

Основное место в диагностике гнойного панкреатита отводится УЗИ, КТ и тонкоигльной пункции, которые обнаруживают прямые признаки нагноения.

С целью прогноза течения панкреатита используем разработанную в клинике систему, в которой учитывается сумма выявляемых клинических, лабораторных и данных специальных обследований. Так, при выявлении 3–5 признаков инфекция развилась у 9%, 6–7 — у 42%, более 10 — у 78% больных.

Мы не вполне согласны с тем, что следует фиксировать сроки операции 7–10–14 днями, поскольку подобная выжидательная тактика приводит к распространению гнойного процесса и выполнению операции на фоне необратимых полиорганных нарушений. Полагаем, что побуждать хирурга к операции должны не сроки заболевания, а тяжесть состояния больного, отсутствие эффекта от консервативного лечения, степень распространенности некротического процесса, наличие подозрений на гнойный панкреатит, так как гнойный панкреатит нераспознанный и поздно оперированный представляет большую опасность нежели ранняя операция.

У 18 выполнены различные виды «закрытых» операций под контролем УЗИ, у 82 — так называемые «традиционные» вмешательства, 4 — программированные релапаротомии и у 88 применен «открытый живот».

Нами установлено, что в 40% наблюдений в связи с неэффективностью «закрытого» или «традиционного» метода требуется повторная операция.

Необходимость более полной санации гнойного очага и необходимость предотвращения его прогрессирования привели к применению «открытого живота». Очевидно, что данный метод используется у самой тяжелой группы больных острым панкреатитом и паранекрозом и требует соблюдения целого ряда технических аспектов, таких как: использование двухподреберного доступа, широкое вскрытие сальниковой сумки, абдоминализация поджелудочной железы, мобилизация двенадцатиперстной кишки, мобилизация ободочной кишки, вскрытие всех затеков, удаление свободных секвестров и отказ от некрэктомии, использование тампонов с водорастворимыми мазями, выполнение санационных реопераций через 36–48 часов.

Результатом разработанной лечебной тактики является снижение общей летальности при гнойном панкреатите до 32,3%.

МАЛООБЪЕМНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Голубцов
г. Краснодар

Несмотря на большое количество публикаций, остаются неясными и спорными показания и противопоказания к проведению плазмафереза (ПФ), вопросы трансфузиологического обеспечения этой экстракорпоральной операции, целесообразность использования ПФ в критическом состоянии. Так, одни авторы считают, что ПФ у этой категории больных эффективен только на начальных стадиях заболевания, где он в какой-то мере носит «превентивный» характер, по мнению других, плазмаферез показан при генерализованных формах гнойной хирургической инфекции в критическом состоянии.

Материалы и методы исследования. Мы применили метод плазмофильтрации у 9 больных с верифицированным панкреонекрозом, осложнившим течение послеоперационного периода, проявлениями СПОН (септический или геморрагический шок, эндотоксикоз II—III степени, коагулопатия). Объем перфузии крови составил 7—10 мл/кг, а объем эксфузии 500—800 мл фильтрата. Количество процедур колебалось от 2 до 5.

У всех больных отмечалась четкая положительная динамика, проявлявшаяся уменьшением или исчезновением патологической неврологической симптоматики, улучшение лабораторных показателей крови, электро- и биохимической коагулограмм, субъективного состояния. При выполнении фильтрации малых и средних объемов не наблюдалось случаев токсического выброса и клинического ухудшения как непосредственно после операции, так и в первые сутки после ее проведения.

Выводы. Применение метода мало- и среднеобъемного афереза является патогенетически обоснованным и значительно улучшает как клиническую картину, так и прогноз в целом.

ПЛАЗМОСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Голубцов
г. Краснодар

С целью нормализации в системе гемостаза, детоксикации и иммуномодуляции широкое распространение получил лечебный плазмаферез. Плазмаферез всегда рассматривался как «расточительная» процедура. В связи с этим получили развитие методы, направленные на извлечение токсичных компонентов плазмы крови с реинфузией больным ее полезной части.

Материалы и методы исследования. Контрольную группу составили пациенты со СПОН, развившимся в результате панкреонекроза, осложнившего течение послеоперационного периода, различными по глубине поражениями системы гемостаза, выраженным эндотоксикозом (2—3-й ст.).

Объем перфузии крови составил 7—10 мл/кг, а объем эксфузии 500—800 мл фильтрата. У всех больных было проведено от 2 до 5 операций экстракорпоральной гемокоррекции методом фильтрационного плазмафереза. Основным недостатком метода — достаточно большой объем свежзамороженной плазмы, необходимой для восполнения потерь.

Проведя сравнительный анализ методов сохранения и реинфузии собственной плазмы больного: плазмасорбция, криопреципитация, криогепаринопреципитация, криоплазмасорбция и электрохимическое окисление, — было обнаружено, что концентрация билирубина снизилась на 25—60%, мочевины — на 28,6%, активность трансаминаз — на 35—40%, МСМ — на 40%; существенное снижение креатинина в плазме мы наблюдали только при использовании сорбционных методов. На основании полученных результатов мы пришли к выводу об относительной предпочтительности использования гипохлорита натрия для обработки полученной при аферезе плазмы.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

М. С. Гордеев, В. И. Тарабрин
г. Кемерово

За 1997—1998 гг. в клинику хирургических болезней Кемеровской государственной медицинской академии поступило 290 больных с острым панкреатитом, из них 165 (56,9%) мужчин и 125 (43,1%) женщин.

У 192 (66,2%) пациентов была диагностирована отечная форма острого панкреатита. Во всех этих случаях эффективно проведена консервативная терапия. При механической причине заболевания кроме консервативной терапии применялся один

из методов декомпрессии желчевыводящих путей, таких как чрескожно-чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ (5), ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией, холедохолитозэкстракцией, установкой «потерянных» дренажей (24), лапароскопическая микрохолецистостомия (3).

У 98 (33,8%) больных при поступлении диагностирован панкреонекроз: у 6 (5,88%) — некротическая, у 73 (71,54%) — инфильтративно-некротическая, у 19 (18,62%) — гнойно-некротическая стадия. Во всех случаях лечебные мероприятия начинались с интенсивной и антибактериальной терапии. Проведение антибиотикотерапии считаем обязательным с момента госпитализации пациента в стационар, так как это снижает вторичное инфицирование очагов некрозов и позволяет отсрочить оперативное вмешательство, или при отсутствии бактериального их загрязнения ограничиться консервативными и малоинвазивными методами. При проведении антибиотикотерапии больные были разделены на две группы — основную и группу сравнения. В основной группе антибиотикотерапию проводили методом инкубации клеточной массы крови с антибиотиками широкого спектра действия.

Данный метод применен нами у 38 пациентов с панкреонекрозом. В группе сравнения (60 человек) антибиотики вводились обычными методами (в/м, в/в, в/а). При сопоставлении двух данных групп определено, что нормализация клинко-лабораторных показателей (температура, лейкоцитоз, уровень массы средних молекул, уменьшение инфильтрата в салниковой сумке пальпаторно и по данным УЗИ) происходит в основной группе в более короткие сроки, при этом уменьшается расход антибиотиков.

Показания к операции выставлены у 29 (29,6%) больных с гнойно-некротической стадией панкреонекроза. Выполняем верхнесрединную лапаротомию, вскрытие салниковой сумки, ревизию поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, некрэксеквэстрэктомию, дренирование салниковой сумки через марсупиализацию и люмботомию слева. Дренажи устанавливаем по два к головке, телу и хвосту поджелудочной железы. На 3—4 сутки после операции через дренажи устанавливали постоянный лаваж салниковой сумки. По показаниям в разные сроки выполняем ревизию салниковой сумки, некрэксеквэстрэктомию.

Умерло 15 (14,7%) больных. У 13 пациентов смерть наступила в результате нарастания явлений полиорганной недостаточности, у 4 из них на фоне аррозивных кровотечений. У 2 пациентов смерть наступила в ранние сроки в результате развития острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В. К. Гостищев, В. А. Глушко
г. Москва

Лечение больных с острым деструктивным панкреатитом (ДП) остается одной из наиболее сложных проблем современной ургентной хирургии: вопрос о времени и объеме оперативного вмешательства при панкреонекрозе до настоящего времени остается открытым. Несвоевременное хирургическое вмешательство приводит к прогрессированию деструктивного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) и парапанкреатической клетчатке (ППК) с расплавлением и обширной секвестрацией тканей в условиях гнилостно-некротического процесса. Отсутствие условий для отхождения секвестров, эвакуации тканевого детрита и гноя приводит к развитию тяжелой интоксикации, являющейся основной причиной смерти этих больных.

Эффективность хирургического лечения при этом определяется: во-первых, своевременным, адекватным оперативным вмешательством на ПЖ и ППК, направленным на некрэктомию и устранение уже имеющихся на момент оперативного вмешательства гнойных осложнений, и во-вторых, путем создания условий, позволяющих осуществлять динамический контроль за течением деструктивного процесса в ПЖ и окружающих ее тканях, в-третьих, проводить этапные некрэктомии под визуальным и эндоскопическим контролем.

На основании этого разработан и внедрен в практику метод создания широкой оментобурсопанкреатостомы по специальной методике и одновременном дренировании забрюшинной клетчатки.

Необходимым условием послеоперационного ведения больных являлось выполнение регулярных, начиная с 3—4 дня после операции, с интервалом 24—48 часов, эндоскопических санаций, этапных (механическая, химическая, физическая, УЗ-кавитация) некрэктомий до получения необходимого клинического эффекта.

Десятилетний опыт применения разработанной в клинике тактики позволил сформулировать основные принципы хирургического лечения больных с панкреонекрозом:

1. Своевременное оперативное вмешательство до развития тяжелых, гнойных осложнений;
2. Адекватный объем операции;
3. Этапные санации и некрэктомии;
4. Комплексная детоксикационная терапия;

5. Симптоматическое лечение.

Использование вышеуказанной методики позволило уменьшить число гнойно-септических осложнений с 29,2% до 6,2%, что способствовало снижению летальности при остром деструктивном панкреатите с 46,1% до 13%. Снижение летальности не связано с расширением показаний к оперативному лечению — операции выполняются у 7—9% больных с острым панкреатитом.

ПАНКРЕО- И ПАРАПАНКРЕОНЕКРОЗ: КОГДА ОПЕРИРОВАТЬ И ЧТО ДЕЛАТЬ?

Э. И. Гальперин, К. В. Докучаев, Г. С. Погосян, Т. Г. Дюжева, Г. Г. Ахаладзе, А. Ю. Чевокин
г. Москва

Некротический панкреатит развивается во второй фазе острого панкреатита. Для определения жидкостных скоплений и очагов некроза необходимо применять динамическое УЗИ, КТ, ЭГДС и в некоторых случаях производить пункцию жидкостного образования.

Мы наблюдали 110 больных некротическим панкреатитом. Ранние лапаротомии, выполненные в первые 3,1±1,8 суток после начала заболевания до формирования возможных некротических очагов в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, способствуют инфицированию брюшной полости и забрюшинного пространства и сопровождаются высокой летальностью. Из 44 таких больных умерло 20 (45,4%). Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости дают лучшие результаты. Из 28 больных умерло 5 (17,7%) при явлениях ферментативной токсемии и полиорганной недостаточности.

У 15 больных (возраст 42,8±3,3 г.) после первичной лапаротомии из-за последующего образования очагов некроза произведены релапаротомии (от 1 до 4), из них 8 больных умерло. Анализ этих наблюдений показал, что каждая последующая операция резко ухудшала состояние больного, вызывая симптомы генерализации инфекции.

Это заставило нас изменить указанную тактику лечения. Лапаротомии проводили во второй фазе острого панкреатита (через 13,7±1,2 дня после начала заболевания) при образовании четких некротических очагов. Осуществляли вскрытие гнойных некротических очагов с формированием бурсоментостомы и при необходимости стом забрюшинного пространства, располагающихся впереди от края XI ребра или в подвздошных областях. Последующие санационные некрэксвестрактотомии (от 1 до 6) выполняли через стомы с помощью ларингоскопа или специального подобного инструмента (каждые 4—5 дней). Из 11 таких больных умер 1.

Выявление некротических очагов и жидкостных скоплений без температурной реакции, лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы крови влево не являлось показанием к операции и требовало динамического наблюдения. При четко локализованных инфицированных жидкостных скоплениях и некротических очагах с определяемыми при УЗИ и КТ секвестрами производили их пункцию и дренирование под контролем УЗИ или наложение локальных стом из небольшого разреза брюшной стенки с последующей санацией очагов (12 больных, умерли 2).

Приведенная тактика с адекватным дренированием и программной санацией некротических очагов без нарушения образовавшихся барьеров улучшает состояние больных и приводит к снижению общей летальности с 38 до 13%.

ФИСТУЛОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. А. Гришин, Е. Б. Гузеева
г. Москва

У 16 больных были выполнены 50 лечебно-диагностических фистулоскопий. Показаниями были остаточные полости после панкреонекроза — 11 больных и гнойно-некротические панкреатические свищи — 5 пациентов.

Манипуляции проводились в рентгенооперационной после выполнения фистулографии через дренаж. Использовали видеохоледохоскоп OLIMPAS CHF 10 или операционный бронхоскоп. При постоянной струйной инфузии раствора Рингера аппарат вводили в раневой канал и производили ревизию полости и свища. После ревизии выполняли лечебную часть процедуры — отмывали под давлением содержимое полости, удаляли механическим путем (щипцами, корзинкой Dormia) секвестры, участки некротизированной ткани, производили очищение стенок полости от фибрина. Все манипуляции производили под рентгеноскопическим контролем. Заканчивали фистулоскопию дренированием остаточной полости или свища, для чего использовали различные методики проведения дренажа:

- непосредственно по аппарату;
- протаскивание дренажа, надетого на конец аппарата, при сквозных свищах;
- проведение дренажа по рентгеноконтрастному проводнику.

Последняя методика применялась при затеках, далеко отходящих от основной полости и плохо с ней сообщающихся. В аппарат проводили рентгеноконтрастный

катетер. Порционно подавая контраст и изменяя угол аппарата, используя визуальный контроль, находили вход в полость затека. Катетер менялся на более жесткий проводник, по которому после извлечения аппарата проводили одно- или двухпросветный дренаж для промывной системы.

У 9 больных санационная фистулоскопия выполнялась от 2 до 6 раз. У двух больных пришлось выполнить повторную операцию вследствие неэффективности дренирования и опасности формирования толстокишечного свища.

Мы считаем, что фистулоскопия в сочетании с фистулографией является достаточно эффективным лечебно-диагностическим методом и должна входить в систему хирургического лечения гнойных осложнений панкреонекроза.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

В. Н. Горбачев, А. И. Кечеруков, М. А. Берегова, Н. В. Овчинникова,

Б. А. Лыктыпов, Р. Н. Таловиков и И. А. Гулин

г. Тюмень

С 1995 по 1999 год в хирургическом отделении железнодорожной больницы ст. Тюмень, являющейся базой кафедры общей хирургии Тюменской медицинской академии, лечилось 368 больных с острым панкреатитом. Из них мужчин было 186, женщин — 182. Интерстициальная форма панкреатита наблюдалась у подавляющего большинства пациентов — 92%. Панкреонекроз был диагностирован у 34 больных (мужчин — 18, женщин — 16). В 15 случаях мы наблюдали жировой панкреонекроз, в 13 — геморрагический, а в 6 — сочетание обеих форм панкреонекроза. Очаговый панкреонекроз был обнаружен в 13 случаях, субтотальный — в 16, тотальный — в 5.

В диагностике деструктивных форм панкреатита мы отдавали предпочтение лапароскопии. В случае обнаружения отечной формы панкреатита осуществляли дренирование брюшной полости. Одну дренажную силиконовую трубку, как правило, подвели к Винслову отверстию, другую через прокол брюшной стенки в правой подвздошной области устанавливали в полость малого таза. При обнаружении косвенных, а тем более достоверных, признаков панкреонекроза после предварительной 2—3 часовой подготовки больного прибегали к оперативному вмешательству. Во время операции считали целесообразным создать условия для уменьшения отека в зоне поджелудочной железы путем рассечения брюшины по нижнему ее краю. Дренирование сальниковой сумки и ретропанкреатической клетчатки в большинстве случаев производим сигарными и трубчатыми дренажами через разрез в левом подреберье по передней или средней подмышечной линии, низводя селезеночный угол ободочной кишки. Чтобы избежать свободного сообщения с брюшной полостью, сальниковую сумку ушиваем. При тотальном панкреонекрозе и распространении процесса на область головки поджелудочной железы дренирование осуществляем также через разрез в области правого подреберья. Сигарный и трубчатый дренажи подводим к головке поджелудочной железы после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В подавляющем большинстве случаев прибегаем к декомпрессии желчных путей наложением холецистостомы. Лапаротомную рану ушиваем наглухо. К прогрессированной санации брюшной полости прибегаем крайне редко, только при прогрессировании перитонита.

Благодаря выработанной в клинике тактике и следуя правилу «ранняя диагностика — ранняя операция», в течение последних лет мы имели меньшую летальность (23,5%) от панкреонекрозов, чем в других клиниках города Тюмени.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. И. Грейсов, В. Н. Кравцунов, Н. И. Сивоконь, Н. Г. Кульченко

г. Ессентуки

В отделении хирургической гастроэнтерологии Ессентукской городской больницы за период с 1994 по 1999 год находилось на лечении по поводу острого панкреатита (ОП) 307 больных. Отечные формы составили 227 (74%), деструктивные — 94 (30,6%). По этиологическому фактору билиарные формы составили 117 (38%), алиментарные — 190 (62%). У 48% больных причиной развития ОП явилось злоупотребление алкоголем. Общая летальность при ОП — 9,7%, при деструктивных формах ОП составила 32%, (30). Оперировано 82 человека (26,7%).

Последние два года мы пользуемся балльной оценкой тяжести состояния пациентов. Прогностические критерии оценивались по 9-балльной шкале Renson. Мы выделяем 8 клинических критериев: рвота, не приносящая облегчения, парез кишечника, акроцианоз, один из панкреатогенных органных синдромов (энцефалопатия, коллапс, перитонит, желтуха), инфильтрат в эпигастриальной области, лихорадка, сопутствующие заболевания (хронические заболевания легких, ИБС, эндокринные расстройства, нефропатия). Пациенты, имеющие не более 3 б. по Renson и не более 1 клинического критерия госпитализировались в общехирургическое отделение с ранним применением всех методов консервативной терапии. Эти мероприятия в первые 24

часа должны привести к инверсии ОП, в противном случае пациент переводился в следующую группу. При наличии 3–6 б. по Renson и 2–4 клинических критериев госпитализировались в отделение интенсивной терапии, где проводилась комплексная консервативная терапия с применением антибиотиков, иммуномодуляторов, полноценного парентерального питания, методов экстракорпоральной детоксикации, гиперборическая оксигенация, наложение перидурального блока, энтеральное введение сорбентов. Пациенты, имеющие 7 и более баллов по Renson, более 4 клинических критериев, соответствовали крайне тяжелому течению ОП с высоким процентом развития гнойных осложнений и имели неблагоприятный прогноз.

У пациентов с билиарной формой ОП наиболее оправдана активная хирургическая тактика с неотложным применением малоинвазивных методов (МХС, ЭПСТ, НБД), что выполнено у 108 пациентов (92%), с последующей операцией. Умерших в этой группе не было.

При наличии большого количества жидкости в брюшной полости, неясном диагнозе наиболее эффективна лапароскопия с дренированием брюшной полости и салниковой сумки, что выполнено у 23 пациентов (24,4%).

УЗИ-контроль в динамике в соотношении с балльной оценкой прогностических и клинических критериев позволили своевременно выявить гнойные осложнения и определить показания к оперативному лечению. Прогностически благоприятным считаем оперативное лечение после купирования ферментной токсемии (более 10 дней от начала заболевания). Целесообразно дополнять операцию наложением питательной еюностомы (24).

Вышеуказанные тактические подходы за контрольный период позволили снизить общую летальность при деструктивных формах ОП на 6%, улучшить эффективность консервативного лечения, шире и наиболее эффективно применять методы малоинвазивной хирургии.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. И. Гульман, Ю. С. Винник, Д. В. Черданцев, В. Л. Фаттахов, С. В. Якимов, О. В. Перова
г. Красноярск

В клинике кафедры общей хирургии Красноярской государственной медицинской академии накоплен большой опыт использования различных схем непрямого электрохимической детоксикации при панкреонекрозе. Для проведения сеансов непрямого электрохимической детоксикации применяли 0,06%-ный раствор гипохлорита натрия, который получали путем электролиза физиологического раствора в аппарате ЭДО-4. Нами была исследована эффективность различных способов введения гипохлорита натрия: внутривенный (36 больных), внутрибрюшной (25 больных), в воротную вену (21 больной), одновременное внутривенное и внутрибрюшное введение (28 больных), контрольную группу составили 32 больных, у которых не применялась детоксикация. В группы вошли больные с деструктивными формами панкреатита. Диагноз доказан клинически по данным биохимических показателей, УЗИ, МРТ, лапароскопии. Все больные оперированы в течение первых 2–3 суток с момента поступления в стационар. Производили верхнесрединную лапаротомию, абдоминализацию поджелудочной железы, марсупиализацию, проточное дренирование салниковой сумки. По показаниям выполняли декомпрессию желчевыводящих путей. Степень эндогенной интоксикации определяли клинически и на основании величины люциферазного индекса (ЛИ).

При внутривенном введении гипохлорита натрия через 2 часа после сеанса происходило снижение люциферазного индекса в среднем на 34% ($P < 0,05$). Летальность в этой группе пациентов составила 25,7%. В контрольной группе летальность достигала 28,9%.

Изолированное внутрибрюшное введение гипохлорита натрия позволяло снизить ЛИ в экссудате в среднем на 25% ($P < 0,05$), однако это не оказывало существенного влияния на величину ЛИ крови и клинические показатели выраженности эндогенной интоксикации. Летальность в этой группе составила 27,4%.

Более эффективным было сочетанное внутривенное и внутрибрюшное введение гипохлорита натрия. При такой схеме детоксикации происходило достоверное уменьшение ЛИ крови и экссудата, уменьшилась летальность до 22,3%.

Внутрипортальный путь введения гипохлорита натрия был особенно эффективен у больных с выраженной печеночной недостаточностью. Внутрипортальное введение позволяло купировать явления панкреотоксической гепатаргии. Летальность в этой группе составила 21,8%.

ТАКТИКА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Б. Р. Гельфанд, С. З. Бурневич, Е. Ц. Цыденжапов, Е. Б. Гельфанд, Б. Б. Орлов
г. Москва

В настоящее время многие вопросы тактики и оценки эффективности антибактериальной профилактики и терапии (АПТ) при панкреонекрозе (ПН) далеки от оконча-

тельного решения. Однако имеющиеся в литературе данные и собственный клинический опыт позволяют наметить основные пути снижения риска развития и лечения гнойно-септических осложнений ПН.

Диагноз ПН является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения и действующих на всех этиологически значимых возбудителей.

Дифференцировать сразу цель назначения антибиотиков при ПН — профилактическую или лечебную — во многих случаях крайне сложно, учитывая высокий риск «окультирования» некротической поджелудочной железы и сложность его документации клинико-лабораторными методами в реальном режиме времени.

Нередкое развитие при ПН фатального сепсиса требует немедленного назначения антибактериальных средств с максимальным эффектом и минимальным побочным действием. Фактор эффективности должен доминировать над фактором стоимости.

Выбор антибактериального препарата для профилактики инфицированных форм ПН определяется основными правилами рациональной АПТ.

- * адекватная пенетрация в жизнеспособные ткани поджелудочной железы и очаги некротического поражения, включая ткани забрюшинного пространства;
- * эффективность в отношении большинства наиболее часто идентифицируемых микроорганизмов при панкреатогенной инфекции;
- * рациональное соотношение стоимость/эффективность;
- * минимальные побочные реакции.

Препаратами выбора как для профилактического, так и лечебного применения являются карбапенемы, цефалоспорины IV поколения + метронидазол, фторхинолоны + метронидазол, защищенные уреидопенициллины и карбоксипенициллины, цефалоспорины III поколения + метронидазол.

Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в генезе инфекционных осложнений ПН, в схему антимикробной терапии целесообразно включать СДК (в частности, фторхинолоны в комбинации с полимиксином).

ПН является фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных.

Антибактериальная терапия при ПН должна продолжаться до полного регресса симптомов системной воспалительной реакции.

Учитывая динамику патологического процесса при ПН и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств, для эффективной антибактериальной терапии следует предусмотреть возможность смены нескольких режимов.

О РОЛИ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ ИНФУЗИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. А. Голдин, А. С. Кириленко
г. Москва

Неблагоприятная экологическая обстановка, употребление суррогатов спиртных напитков и ряд других факторов резко отражаются на заболеваемости острым панкреатитом, которая неуклонно возрастает. С экономической точки зрения, проблема связана с тем, что поражается чаще всего молодой и средний, т.е. наиболее трудоспособный возраст — от 30 до 50 лет. В структуре экстренной патологии острый панкреатит стал опережать даже наиболее распространенную хирургическую патологию — острый аппендицит. Так, по данным клиники госпитальной хирургии РУДН (больница № 17 г. Москвы), в 1998—1999 гг. среди 2909 больных общехирургического профиля наблюдалось 352 больных с острым панкреатитом, что составило 12%.

Деструктивный панкреатит (панкреонекроз) отличается тяжелым течением и сопровождается высокой летальностью, достигающей 10—25% (Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, 1987 г., И. И. Затевахин, М. Ш. Цицашвили, С. Г. Гиршин, 1987 г., и т. д.).

В последние годы благодаря внедрению УЗИ значительно усовершенствовалась диагностика острого панкреатита, что позволило в первые дни заболевания выявлять не только степень и объем поражения поджелудочной железы, но и определять тактику лечения.

В клинике госпитальной хирургии РУДН (зав. — проф. Ю. В. Таричко) применяется комбинированная терапия острого панкреатита, которая назначается с момента постановки диагноза. При отечной форме панкреатита комплекс лечения включает в себя назначение препаратов, влияющих на различные звенья патологического процесса, по общепринятой схеме лечения: анальгетики, спазмолитики, антиферментная и дезинтоксикационная терапия, цитостатики, в последнее время — сандостатин.

При верифицированном диагнозе панкреонекроза (лапароскопия) применялись внутриаортальные инфузии лекарственных веществ, при этом производилась или прямая пункция аорты в VII межреберье слева, сочетавшаяся с новокаиновой блокадой блуждающего и стволов симпатических нервов, или длительная внутриаортальная инфузия по способу Зельдингера-Эдмана: в течение 3—5 суток в аорту вводи-

лись растворы Рингера, глюкозы, реополиглюкин, плазма, а также препараты направленного действия — ингибиторы протеаз, цитостатики, антибиотики, антигистаминные препараты, спазмолитики, по показаниям — наркотики, гепарин в первые 3 дня и т. д.

При сравнительном исследовании летальные исходы в группе больных, лечение которых проводилось традиционным методом (67), наблюдались в 19 случаях (28,4%), в группе с внутриаортальными инфузиями (90) — в 8 (8,9%).

Различные осложнения (плевропневмония, поддиафрагмальные абсцессы, забрюшинные флегмоны, кисты поджелудочной железы) наблюдались у 14,5% больных, которых лечили традиционно, и у 2,4% больных после внутриаортальных инфузий лекарственных веществ.

Полученные результаты говорят о вполне определенной перспективности комплексного лечения острого панкреатита с применением внутриаортальных инфузий лекарственных веществ.

«УСЛОВНО РАДИКАЛЬНЫЕ» ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. А. Гольбрайх, В. А. Голуб, Н. Д. Мирзоев, В. Т. Пекарский
г. Волгоград

В клинику кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВМА за последние 5 лет находились 108 больных с различными формами деструктивного панкреатита, верифицированным во время лапароскопии, операции, аутопсии или при достоверных данных УЗИ. Пациенты, перенесшие тяжелую ферментативную токсемию, подвержены опасности развития секвестрации и абсцедирования поджелудочной железы. Именно в этой группе больных требуются повторные оперативные вмешательства как на самой поджелудочной железе, так и на окружающих ее органах. У 48 пациентов по поводу секвестрирующего панкреатита выполнены секвестрэктомии, некрэктомия и резекция поджелудочной железы («условно радикальные» операции). Общая летальность составила 9,2%.

Обращает на себя внимание позднее поступление больных (особенно из районов области). Более половины пациентов доставлены через 3 суток и более от начала заболевания, из которых, по данным ретроспективного анализа истории болезни, полноценная терапия проводилась только у 1/3 больных. Основным критерием изменений в поджелудочной железе кроме клинических данных было динамическое УЗИ. При обследовании желчных путей у 17 больных обнаружены камни в желчном пузыре. Сопоставление клинических проявлений с изменениями, найденными во время лапароскопии или лапаротомии, свидетельствовало о том, что формирование деструктивного панкреатита происходит в очень коротком временном промежутке. Так, при лапароскопии уже через 10–12 часов от начала болевого приступа мы обнаруживали геморрагический экссудат, геморрагическую имbibию железы, пятна «стеатонекроза». Поэтому, интенсивную терапию начинали с первых часов поступления больных в стационар, включая эндолимфотическое введение сандостатина, фторурацила, антибиотиков широкого спектра действия (А. Г. Бебуришвили, В. А. Гольбрайх, 1998).

Оперативное лечение, как правило, носило характер вынужденных операций. У 6 больных операция проведена в первые 48 часов с момента поступления, у 10 — в течение 7 суток, у остальных — в сроки до 3 недель. У 9 пациентов проводилась программная секвестрэктомия. Во время операции удалялись секвестры от 3 до 10 см. Секвестрэктомия выполнена у 33 больных (умерло 3 человека). У 7 больных секвестрэктомия произведена с частичной резекцией тела и хвоста поджелудочной железы и спленэктомией (умерло 2 человека). Некрэктомия выполнена у 8 больных (умерло 5 пациентов). Необходимо отметить, что в последней группе больных операция не предупредила развитие прогрессирующего некроза забрюшинной клетчатки вследствие секвестрации поджелудочной железы.

Таким образом, залогом успешного лечения панкреонекроза является раннее использование диагностически-лечебного комплекса, включающего срочное УЗИ, лапароскопию, э/л введение цитостатиков и сандостатина. Секвестрэктомия дает хорошие результаты только при условии полного удаления пораженных участков и адекватного дренирования. Некрэктомия не предупреждает дальнейшего развития некроза в ткани поджелудочной железы.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

М. В. Данилов, В. П. Глабай, В. И. Макарова, А. Е. Кустов
г. Москва

Авторами за период с 1990 по 1999 год выполнено 137 повторных операций на ПЖ и смежных органах у больных, ранее перенесших «открытые» и «закрытые» вмеша-

тельства по поводу деструктивного панкреатита. Из них 66 больных подвергнуты ранее хирургическому лечению в других лечебных учреждениях, из которых 46 повторно оперированы в отдаленные сроки после «открытых» операций и 20 — в ближайшем послеоперационном периоде в связи с неэффективностью «открытого» (19) или «закрытого» (1) под контролем УЗИ вмешательства. Еще 71 больной ранее был оперирован лично авторами по поводу различных форм гнойного панкреатита, в 65 случаях после «открытых» и в 6 — после «закрытых» вмешательств. Из них 16 — в ранние сроки после первой операции в связи с развитием осложнений и 55 — в отдаленные сроки. Таким образом, ранние осложнения выявлены и оперированы у 36 и поздние — у 111 больных.

Тактика и техника хирургического лечения у 46 пациентов первой группы, оперированных в отдаленные сроки после дренирования сальниковой сумки, преимущественно по поводу мелкоочагового панкреонекроза, не имела существенных отличий от первичных операций у больных рецидивирующим хроническим панкреатитом (ХП) и зависела в первую очередь от этиологического фактора поражения ПЖ. Так, у пациентов с холангиогенным панкреатитом основными задачами хирургического лечения были: коррекция основного этиологического фактора поражения ПЖ — холе- и холедохолитиаза с помощью холецистэктомии (9), ЭПСТ с экстракцией конкрементов из гепатикохоледоха (6), а также устранение поздних гнойных осложнений панкреонекроза — нагноившихся псевдокист, паранекроза с секвестрацией железы и паранекротической клетчатки путем выполнения дистальной резекции железы у 4 пациентов, наружного дренажа псевдокист — у 8. У пациентов с рецидивирующим первичным (алкогольным) панкреатитом в противоположность этому основной задачей повторных операций была коррекция интрапанкреатической гипертензии путем внутреннего дренирования панкреатических протоков и кист (у 15 пациентов), реже — наружной цистостомии (4).

Хирургическое пособие у 20 больных в связи с продолжающимся гнойным процессом ПЖ и забрюшинного пространства было направлено на санацию гнойных очагов и выключения свищей ободочной кишки (1), двенадцатиперстной кишки (1), разобщение свищей поджелудочной железы с ободочной кишкой (2).

Из числа 16 больных, оперированных нами в связи с развитием ранних осложнений отмечены аррозивные кровотечения (6), свищи двенадцатиперстной кишки (1), желудка (2), цистоплевральные свищи (3). Операция у этой группы состояла в остановке кровотечения, ушивании, отключении или разобщении свищей.

Наконец, у 55 больных, подвергнутых секвестрэктомии и локальному лаважу либо при наличии флегмоны забрюшинного пространства, проведенных методом «открытого живота», в поздние сроки диагностированы кисты ПЖ (16), панкреатические свищи (16), послеоперационные вентральные грыжи (23). В этих наблюдениях операции также не отличались от таковых при хроническом панкреатите. В 3 случаях выполнены дистальные резекции ПЖ, в 13 — продольная цистопанкреатоюностомия, 16 — продольная панкреатоеюностомия и 23 больным произведена герниопластика.

Опыт повторных операций показал меньшую частоту развития ранних осложнений при применении для лечения гнойного панкреатита «открытого живота», а также свидетельствует о четкой зависимости частоты его поздних осложнений, требующих повторного хирургического лечения, от адекватности первичного оперативного вмешательства.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ

С. А. Дадвани, А. М. Шулушко, П. С. Ветлиев, А. Н. Лотов, А. И. Данилов,
Г. Х. Мусаев, Е. В. Пыттин
г. Москва

С 1984 по 1999 г. на лечении находилось 233 больных деструктивным панкреатитом, осложненным острым скоплением жидкости, псевдокистами и абсцессами ПЖ, оментобурситом и флегмоной забрюшинной клетчатки. Придерживались следующей стратегии лечения: отказ от ранних лапаротомий, использование многокомпонентной консервативной терапии, дополняемой при необходимости малоинвазивными технологиями под УЗ-контролем (203); при их неэффективности использование «открытой лапароскопии» с программируемыми санациями из минидоступа (6). При желчной гипертензии использовали эндоскопическую либо чрескожную декомпрессию желчных протоков (83). Лапаротомию (24) выполняли редко как крайний вариант лечения (при гнойном перитоните или аррозивном кровотечении).

Применение малоинвазивных технологий позволило в 208 наблюдениях добиться излечения больных. Среднее время дренирования составило 24 дня (от 12 до 46 дней). 3 случая дренирования негнойных скоплений имели в последующем развитие нагноения. В одном наблюдении вскрытия и закрытого дренирования абсцесса (техника «открытой лапароскопии») сформировался панкреатический свищ. Из этой группы умер один больной. При открытых лапаротомиях из 24 больных умерло 10.

ТРЕХКОМПОНЕНТНЫЙ ДРЕНАЖ ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

С. В. Доброковашин, В. Ф. Чикаев, Ю. В. Бондарев, В. В. Ярадайкин
г. Казань

Первым компонентом является дренаж из гидратцеллюлозной пленки (ГЦП), которую складываем в пакет в виде гармошки, имеющей 10—15 плоскостей длиной ребра 20—30 см, шириной 2,0—2,5 см, толщина пленки 10—15 мкм. Три-четыре вышеуказанных ГЦП дренажа вкладываем в резиновую перчатку, защитив окружающие ткани от раневого отделяемого.

Вторым компонентом, который используем, являются стандартные двухпросветные трубки для подведения антисептика и аспирации раневого отделяемого.

Третьим компонентом является антисептик ЭХАР-анолит, разрешенный для лечения ран (протокол заседания Фармкомитета СССР МЗ № 20 от 27.12.90). ЭХАР-анолит — это 0,3%-ный электрохимически активированный раствор калия хлорида, который готовится на дистиллированной воде в электролизере ЭХА-30. Антисептическое действие объясняется содержанием активного хлора 150 мг/л, pH среды 2,0—2,5, высоким окислительно-восстановительным потенциалом 1150 мВ. Для промывания в сутки используем до 3,0—3,5 л раствора.

Общие принципы дренирования:

1. Ввиду высокой эффективности дренажа необходимо производить смену повязки два раза в день.

2. Удалять ГЦП компонент на 5—6-й день после операции, при необходимости ввести новый ГЦП дренаж.

3. Трубоччатый компонент удалять на следующий день после «сухого дня».

В течение последних пяти лет мы с успехом применяли трехкомпонентный дренаж, сочетающий активную и пассивную методику у 42 больных обоего пола в возрасте от 20 до 78 лет и каких-либо осложнений, связанных с применением дренажа, не отметили.

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. В. Дараин, Н. Г. Гвоздь, А. Я. Ильканич
г. Сургут

Нами в основу диагностической программы у больных с ОП положены следующие принципы — этапность, последовательность, сочетание информативности с малоинвазивностью. 1-й этап — клиничко-лабораторный, позволяет получить информацию, носящую косвенный характер, на основе чего можно лишь предположить о состоянии факторов, определяющих тактику, но он необходим для объективизации подходов к формированию 2-го этапа — неинвазивно-инструментального (УЗИ, рентгенография брюшной и грудной полости, тепловидение, ФГДС, КТ). Анализ информации, полученной на этом этапе, позволяет определить наличие очагов деструкции и степень поражения паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), состояние паранкретических тканей, степень поражения ВПЖП, печени, почек, наличие свободной жидкости в брюшной, плевральной и перикардиальной полостях, компенсаторные возможности витальных систем. Проанализировав информацию, полученную на первых двух этапах диагностического алгоритма, можно объективизировать подходы к выбору тактической программы. Показания к 3-му этапу — инвазивно-инструментальному (селективная ангиография, лапароскопия с оментоскопией, лапароцентез, прямая холангиография) — могут возникнуть в сложных ситуациях, когда предыдущие этапы дали противоречивую или взаимоисключающую информацию. Основные положения стандартизированной тактики селективной агрессии при ОП предполагают проведение комплексной консервативной терапии при отечном ОП и при ограниченном асептическом некрозе ПЖ. Агрессивные методы лечения (лапаротомия, лапароскопическое дренирование) показаны при: (суб)тотальном панкреонекрозе, гнойном расплавлении ПЖ, деструкции смежных органов, гнойном (ферментативном) перитоните, полиорганной недостаточности, шоке, механической желтухе и деструктивном холецистите, безуспешности консервативной терапии. Разработанные принципы лечебно-диагностической программы применены у 435 больных ОП. Хирургическое лечение, показания к которому были объективно регламентированы, осуществлено у 73 пациентов (16,8%): тотальный и субтотальный некроз ПЖ — у 67 (91,8%), паранкретическая флегмона — у 22 (30,1%), перитонит — у 28 (38,4%), деструктивный холецистит, желчная гипертензия — у 40 (54,8%). Объем вмешательства — холецистостомия, лаваж сальниковой сумки (33); холецистэктомия, лаваж сальниковой сумки (13); холецистостомия, оментостомия (7); холецистостомия, секвестрнекрэктомия (8); дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства (10); холецистэктомия, ПСТ, дренирование (2). У 12 больных (16,4%) — программированная релапаротомия. В послеоперационном периоде продолжали комплексную консервативную терапию,

экстракорпоральные методы детоксикации. Умерли 15 больных, (10 — после операции): послеоперационная летальность составила 13,7%, общая — 3,4%.

Внедрение в клиническую практику стандартизированного подхода к выбору диагностического алгоритма и основанной на полученной информации унифицированной лечебной программы позволило значительно оптимизировать ближайшие результаты лечения: послеоперационная летальность снизилась до 13,7%, а общая летальность — до 3,4%.

ВЛИЯНИЕ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА ЭКСКРЕЦИЮ ПРОДУКТОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ ЖЕЛЧЬЮ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Д. Б. Демин, В. С. Тарасенко, Д. В. Волков
г. Оренбург

Активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) имеет важное значение в патогенезе острого панкреатита, что обуславливает необходимость применения антиоксидантов. Исследования в клинической лимфологии показали, что лимфотропное введение лекарственных веществ более эффективно по сравнению со стандартными методиками вследствие создания более высокой концентрации его в лимфе и увеличения периода выведения препарата.

С целью изучения влияния регионарной лимфотропной антиоксидантной терапии (РЛАТ) на функциональное состояние печени 58 больных панкреонекрозом были разделены на 2 рандомизированные группы:

I — больные, получавшие в послеоперационном периоде комплексное лечение (стандартная базисная терапия, эфферентные методы детоксикации, фотомодификация крови) — 32 человека;

II — больные, получавшие после операции комплексное лечение и РЛАТ — 26 человек. В данной группе ежедневно в течение первых 7 суток проводилось введение посредством дозатора 10,0 мл 5%-ной аскорбиновой кислоты (500 мг) со скоростью 0,5 мл в минуту в микроирригатор, установленный во время операции в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки, причем 1-я инфузия проводилась сразу после операции.

В обеих группах производилось изучение содержания диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) в сыворотке крови и желчи из холецисто(холедохо)стомы и наружного холереза в 1, 3, 5, 7, 10, 14-е сутки послеоперационного периода.

При исследовании исходных интраоперационных порций желчи в обеих группах выявлено значительное снижение ($p < 0,001$) ДК в 1,8 — 2,2 раза, МДА — в 4 раза, что свидетельствует о глубоких нарушениях функционального состояния печени. С 1-х суток экскреция продуктов ПОЛ желчью происходит интенсивнее во 2-й группе ($p < 0,001$), что объясняется более эффективным купированием гепатопривного синдрома вследствие применения РЛАТ. Об этом также свидетельствуют более высокие показатели наружного холереза во II группе ($p < 0,05$).

Таким образом, при включении в комплексную терапию панкреонекроза РЛАТ выявляются менее выраженные функциональные нарушения печени уже с первых суток послеоперационного периода, тенденция к восстановлению ее функции проявляется намного раньше, отмечается более активная экскреция с желчью метаболитов ПОЛ, которая усиливается в послеоперационном периоде параллельно прогрессирующему снижению содержания ДК и МДА в крови.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА МЕТОДОМ БЛОКАДЫ ЭНТЕРОГАПАТИЧЕСКОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ

А. Д. Дибиров, М. Р. Кузнецов, П. Б. Калашов
г. Москва

Работа основана на опыте обследования и лечения 53 больных с хроническим постнекротическим липогенным панкреатитом. 12 пациентам с целью коррекции нарушений липидного обмена была выполнена операция парциального илеошунтирования, остальные больные для этих же целей принимали разработанную в нашей клинике ВПЭ «Фишант».

Наша работа показала, что и хирургическая (операция парциального илеошунтирования), и консервативная (ВПЭ «Фишант») блокада энтерогепатической циркуляции желчных кислот оказывают значительный положительный эффект на липидный обмен, вызывая снижение в плазме крови концентрации общего холестерина в среднем на 65%, триглицеридов — на 52%, холестерина липопротеидов низкой плотности — на 68%, повышая холестерин липопротеидов высокой плотности на 61%. Последнее сопровождается снижением коэффициента атерогенности Климова на 89%. Длительная (более одного года) нормализация липидного обмена приводит к снижению плотности поджелудочной железы и желчного пузыря, что проявляется восстановлением его эвакуаторной функции вследствие регресса холестероза. Блокада эн-

терогепатической циркуляции желчных кислот улучшает различные функции печени и, что особенно важно, функцию ретикуло-эндотелиальной системы. Значительное подавление активности перекисного окисления липидов и уменьшение вязкости крови через 1 год непрерывной блокады энтерогепатической циркуляции желчных кислот приводит к улучшению кровоснабжения органов брюшной полости за счет восстановления микроциркуляторного русла. Это доказано нами с помощью ультразвуковой доплерографии посредством определения в динамике индекса висцеральной сосудистой резистентности.

Таким образом, как хирургическая, так и консервативная блокада энтерогепатической циркуляции желчных кислот посредством нормализации липидного метаболизма восстанавливают различные важные звенья гомеостаза, что в итоге проявляется улучшением клинической симптоматики хронического постнекротического липогенного панкреатита и предотвращает развитие острого воспаления поджелудочной железы.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

И. П. Дуданов, Г. А. Шаршавицкий, А. М. Меженин, Ю. В. Андреев, О. Д. Морозов, А. А. Богданец
г. Петрозаводск

За период с 1970 по 1999 г. в хирургических отделениях БСМП г. Петрозаводска находились на лечении 876 больных по поводу острого панкреатита и острого холецистопанкреатита. У 78 (9,3%) из них диагностирована деструктивная форма. Мужчин было 47 (60,2%), женщин — 31 (39,8%). Возраст больных колебался от 23 до 72 лет (средний — 43,7 года). Диагноз установлен на основании клинических, лабораторных данных, ультразвукового исследования и подтвержден во время хирургического вмешательства.

Все 78 больных с острым деструктивным панкреатитом были оперированы. У 56 больных произведено дренирование сальниковой сумки и холецистостомия. Больным, у которых панкреанекроз сочетался с желчно-каменной болезнью и острым холециститом (13 пациентов), выполнена холецистэктомия и наружное дренирование общего желчного протока. В случаях геморрагического панкреонекроза с пропитыванием окружающих тканей (9 пациентов) рассекался задний листок брюшины у нижнего края железы с широким дренированием забрюшинного пространства. При дренировании сальниковой сумки отдаем предпочтение чреспопачечному доступу для дренажей. В 16 случаях применяли проточно-аспирационное дренирование сальниковой сумки 2-просветными полихлорвиниловыми трубками. При закрытой травме живота у 2 больных выполнили дистальную резекцию поджелудочной железы.

Консервативная терапия в послеоперационном периоде включала коррекцию водно-электролитного обмена, антибиотики широкого спектра действия, сандостатин, ингибиторы протеаз, спазмолитики, дезинтоксикацию, препараты, улучшающие микроциркуляцию, витамины, гемосорбцию, УФО аутокрови. В последние годы все чаще используем программные релапаротомии (некрэктомии, секвестрэктомии), которые являются частью комплексной терапии.

У 26 больных потребовались повторные оперативные вмешательства: у 13 — производились санационные релапаротомии по поводу некупированного перитонита, у 7 — в связи с абсцедированием железы и формированием флегмоны забрюшинного пространства, у 6 — возникло кровотечение из сальниковой сумки, потребовавшее гемостаза хирургическим путем. Кроме вышеперечисленных осложнений у 3 пациентов возник сепсис, у 2 — тонкокишечный свищ, у 4 — нагноение послеоперационной раны с фиксированной эвентрацией, у 6 — пневмонии, у 21 больного (26,9%) наступил летальный исход.

ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕКТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

С. М. Дыньков, В. П. Рехачев, Э. В. Недашковский, Я. А. Насонов, Б. Л. Дуберман
г. Архангельск

Тактика ведения больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) остается одной из сложных проблем urgentной хирургии. Число больных с ОДП растет и в 1999 году составило 26% от всех случаев ОП. За период с 1986 по 1999 год в клинике пролечено 287 пациентов с ОДП, из них с билиарным панкреатитом — 47,4%, с небилиарным (алкогольным) — 52,6%. С 1994 года введение диагностического алгоритма, основанного на оценке результатов физикального и лабораторного обследования, а также данных инструментальных методов диагностики (УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия, КТ), позволяет за 3–6 часов с момента поступления выявить ОДП, определить его этиопатогенетическую форму, стадию процесса и степень тяжести эндотоксикоза, что позволяет определить необходимость лечения в условиях отделения интенсивной терапии. Ранним методом хирургического лечения ОДП считаем диагностическую лапароскопию с целью диагностики, санации и направленного

дренирования брюшной полости для проведения в последующем фракционного перитонеального лаважа.

Для билиарного панкреатита разработан свой алгоритм, основанный на раннем выявлении характера патологии желчевыводящей системы и проведении в короткие сроки мероприятий по ее декомпрессии с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Срочные оперативные вмешательства выполняем при сочетании ОДП с острым деструктивным холециститом. В отсроченном порядке — операции при трансформации течения ОДП в гнойный панкреатит. Перспективным считаем бактериальный мониторинг с помощью тонкоигльной пункции очагов деструкции. При выявлении нагноения — разработка методов закрытого дренирования.

В группе больных с билиарным ОДП летальность составила до 1994 года 20,4%, с небилиарным панкреатитом — 16%, в последующие годы — 15,4% и 12,1%.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Г. К. Желтов, Д. В. Зыков
г. Северск

Всего выполнено 30 (32,6%) спленопанкреатогастрэктомий из 92 комбинированных гастрэктомий, из них: в сочетании с резекцией печени — 4, с резекцией поперечной ободочной кишки — 3.

При резекции хвоста и тела поджелудочной железы, культи железы прошивалась аппаратом УО-40, тотчас за механическим швом отдельно прошивались селезеночные сосуды. Культи железы перитонизировались брыжейкой поперечной ободочной кишки. У 12 больных через отдельный разрез в левом подреберье в поддиафрагмальное пространство ставился перчаточко-марлевый тампон и силиконовая трубка. У 18 пациентов к культе поджелудочной железы тампон не подводился, у них к ложу удаленной части железы ставились 2 силиконовые трубки, проведенные через правое и левое подреберья. При субтотальной резекции поджелудочной железы проводились 2 трубки через левое подреберье по верхнему и нижнему краю железы, одна трубка через правое подреберье к Винсловому отверстию.

Панкреонекроз после гастрэктомий с субтотальной резекцией поджелудочной железы развился у 6 (20%) больных. Течение послеоперационного периода у этих больных отличалось выраженной интоксикацией, стойким парезом кишечника, что послужило причиной смерти 1 (3,3%) больного. Проведение интенсивной терапии с подключением ингибиторов протеаз, 5-фторурацила позволило купировать острый панкреонекроз у 5 больных. У них по дренажу в левом подреберье в первые 4–7 суток выделилось от 200 до 400 мл серозной жидкости. У одного больного сформировался панкреатический свищ, который в последующем самостоятельно закрылся через 1 месяц после операции.

У 5 (16,7%) больных в проекции культи поджелудочной железы сформировался абсцесс. У 4 (13,3%) больных эти осложнения развились после применения перчаточко-марлевого тампона. У 1 больного на 14-е сутки после операции произошел самопроизвольный прорыв абсцесса в свободную брюшную полость. Выполнена релапаротомия, санация брюшной полости, дренирование полости абсцесса. У 2 длительно сохранялось гнойное отделяемое, сформировались панкреатические свищи, которые самостоятельно закрылись через 1–1,5 месяца. У 1 (3,3%) больного после перчаточко-марлевого тампонирования абсцесс культи поджелудочной железы после шестикомпонентной комбинированной операции с резекцией хвоста поджелудочной железы явился причиной смерти.

Послеоперационные осложнения после резекции поджелудочной железы при дренировании перчаточко-марлевым тампоном наблюдались во всех операциях с летальностью 16,7%. При дренировании силиконовыми трубками с применением протоочно-промывного дренирования послеоперационные осложнения встречались в 16,7% при отсутствии летальных исходов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, В. Г. Романовский, В. Д. Чупрынин, В. А. Вередченко
г. Москва

Под нашим наблюдением находилось 66 пострадавших с сочетанной травмой поджелудочной железы, которые оперированы с достоверно диагностированным панкреонекрозом. Это были преимущественно мужчины (84,4%), средний возраст которых составил $32,9 \pm 2,1$ лет. Тяжесть повреждений поджелудочной железы по «ISS» составила $10,2 \pm 0,6$ балла, общая тяжесть травмы — $22,7 \pm 1,1$. Тяжесть состояния по «АНАСHE-II» оказалась равной $33,1 \pm 1,7$ балла.

Неблагоприятный фон — синдром взаимного отягощения сочетанной травмы, а также повреждение паренхимы поджелудочной железы в сочетании с острым трав-

матическим панкреатитом явились причиной нарастания некротических процессов и связанной с этим секвестрации ткани железы, что потребовало дополнительных оперативных вмешательств для извлечения секвестров и дренирования образующихся гнояников.

В I группе (59,1%) пострадавших проводились традиционные для данной патологии операции. Формировали в 11 случаях внебрюшинную, в 17 — чреобрюшинную и в 11 — комбинированную ретроперитонеостомию. Выбор каждой из них определялся дооперационной оценкой объема поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Широкое обнажение некротизированных зон, удаление нежизнеспособных тканей и адекватное дренирование позволили прервать некроз ткани поджелудочной железы и распространение гнойного процесса в забрюшинной клетчатке. В анализируемой группе умерли 14 (35,8%) пострадавших с тотальным некрозом в поджелудочной железе и распространенной флегмоной в забрюшинной клетчатке.

Во II группе (40,9%) для лечения панкреонекроза была использована видеолaparоскопическая техника. В 16 наблюдениях выполняли марсупиализацию сальниковой сумки с эндоскопическим наложением 2-х полукисетных швов на отверстие в желудочно-ободочной связке с введением в сальниковую сумку 2-просветного дренажа и подшиванием полукисетным швом к апоневрозу. В 11 случаях были выявлены мелкие секвестры и некротизированная жировая клетчатка, что позволило выполнить секвестрэктомия. При этом осуществляли промывание гнойной полости под визуальным контролем, аспирацию рыхлой некротизированной жировой клетчатки и механическое удаление плотных секвестров. Лапароскопический этап операции завершали наложением холецистостомы (9) с применением интракорпоральных ручных швов, фиксирующих дренажную трубку в просвете пузыря к его стенке, или выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха по Пиковскому. Всем пострадавшим оставляли гильзу для проведения динамической санационной видеолaparоскопии в послеоперационном периоде. Умерло в этой группе 6 (22,2%) пострадавших.

Таким образом, использование видеолaparоскопической техники для лечения посттравматического панкреонекроза позволяет снизить летальность в 1,6 раза ($P < 0,01$).

ПАНКРЕОНЕКРОЗЫ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. В. Ершов, А. Д. Рыбинский
г. Н. Новгород

Оперировано 56 пациентов в возрасте от 35 до 77 лет, которым наряду с гастрэктомией выполнялась резекция поджелудочной железы (6 проксимальных и 50 дистальных резекций). Корпорокаудальная резекция поджелудочной железы по правому краю мезентериальных сосудов выполнена в 18 случаях, по левому — в 30. В двух случаях выполнена резекция хвоста поджелудочной железы с лигатурной обработкой культи. Обработка культи железы аппаратным способом выполнена у двух пациентов. Обработка культи железы по Мак-Когену с изолированной перевязкой панкреатического протока и укрытием культи поджелудочной железы по Кравченко — у 34 больных, без укрытия брыжейкой поперечно-ободочной кишки — у 14. При проксимальной резекции железы выполнялся модифицированный способ панкреатоэнтоностомии на отключенной по Ру петле тонкой кишки — у 6.

Панкреонекроз культи железы развился у троих. У одного культи обрабатывалась аппаратом, у одного — лигатурным способом и у одного — по Мак-Когену. Реоперированы двое. Операция заключалась в дренировании зоны некроза дренажно-поролоновой системой. Умерли без операции один больной (панкреатогенный шок) и один в связи с явлениями сопутствующей спаечной кишечной непроходимости. Клинические проявления себя явления панкреатита отмечены у 5 пациентов — все излечены консервативно.

Имеющиеся результаты склоняют нас отказаться от механической и лигатурной обработки культи поджелудочной железы при ее резекции. Предпочтение отдаем обработке культи по Мак-Когену с дополнительным укрытием культи железы по Кравченко (при плотной и утолщенной железе) и без укрытия брыжейкой поперечно-ободочной кишки при мягкой и истонченной паренхиме, ушивание культи в последнем случае осуществляем 8-образными атравматическими нитями.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАДУКТАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ДАЛАРГИНА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

М. П. Ерохин, И. Н. Марков, С. М. Чудных, Ю. Ш. Розиков
г. Москва

Перспективным препаратом, применяемым для лечения острого панкреатита является синтетический полипептид даларгин. В основу терапевтического дей-

ствия положено его угнетающее влияние на экзокринную секрецию поджелудочной железы и подавление активности ее ферментов за счет усиления естественных ингибиторных систем в очагах воспаления. Фармакологической особенностью даларгина, как и всех биологически активных пептидов, является кратковременное (импульсное) воздействие на механизмы регуляции патологических изменений в органах и тканях, осуществляемое через клетки мишени, расположенные в зоне патологии.

В протоковую систему поджелудочной железы больным с острым панкреатитом препарат вводился однократно при дуоденоскопии с помощью тифлонового катетера, которым главный панкреатический проток канюлировался ретроградно. Введение производилось после предварительной аспирации панкреатического секрета в течение пяти минут. Даларгин в дозе 60 мкг/кг веса больного разводили в 3,5 мл стерильного физиологического раствора.

Контроль за эффективностью лечения проводился по совокупности оценки клинико-лабораторных показателей и данных ультразвукового исследования поджелудочной железы. Результаты биохимического контроля динамики инсулина, с-пептида, липазной и антитриптической активности, концентрации продуктов перекисного окисления липидов, альфа-токоферола, среднемoleкулярных пептидов показали выраженное угнетение секреции поджелудочной железы, снижение концентрации продуктов перекисного окисления липидов, мобилизацию антиоксидантной системы и снижение уровня эндогенной интоксикации.

Таким образом, интрадуктальное применение даларгина позволяет быстро подавить ферментативную активность поджелудочной железы, тем самым предупредить дальнейшее прогрессирование деструктивно-воспалительных изменений в поджелудочной железе и нарастание ферментативной интоксикации.

ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТОВ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

А. П. Ерохин, В. А. Филин, П. Л. Щербаков, Н. А. Слынько,
О. Н. Наковкин, Е. Ю. Дьяконова, И. Е. Родионова
г. Москва

Одной из основных причин неблагоприятных результатов лечения больных с перитонитом следует считать отсутствие быстрых и надежных способов оценки их общего состояния и функциональной стабильности жизнеобеспечивающих систем организма. Ослабление защитных детоксикационных барьеров организма при воздействии микробных и гистогенных токсинов при перитоните ведет к усилению интоксикации, углублению дистрофических изменений в паренхиматозных органах и возникновению необратимых функциональных расстройств жизненных функций организма. До настоящего времени не выявлены патогенетические механизмы, приводящие к развитию полиорганной недостаточности, осложняющие и удлинняющие послеоперационный период выздоровления при перитоните.

Перитонит у детей может сопровождаться значительными микроциркуляторными нарушениями как местного, так и общего характера. Важная роль при этом процессе принадлежит поджелудочной железе, которая участвует в регуляции адаптационно-компенсаторных механизмов, имеющих решающее значение в исходе заболевания и хирургического вмешательства.

Под нашим наблюдением было 25 детей (10 мальчиков и 15 девочек), средний возраст которых был 9,3 года, оперированных по поводу различных форм перитонита. С целью оценки состояния функции поджелудочной железы больным, перенесшим оперативное вмешательство в связи с перитонитом, наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями в раннем послеоперационном периоде (на 2–4-е сутки) проводилось ультразвуковое исследование и эндоскопическое обследование. В зависимости от давности заболевания и объема операции выявлены следующие нарушения: от реактивных изменений в поджелудочной железе до развития острого панкреатита, которые в значительной мере осложняли состояние больного. В биохимических анализах крови отмечалось увеличение уровня протеолитических ферментов.

После проведенных исследований в раннем послеоперационном периоде все дети получали контрикал в возрастных дозировках в течение 5 дней, ферментные препараты, антациды. На фоне проводимой терапии отмечалась нормализация биохимических показателей крови, восстановление структуры слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки по данным ЭГДС.

Таким образом, у больных, перенесших перитонит, можно выделить синдром полиорганной недостаточности, частным проявлением которой является поражение поджелудочной железы и, как следствие, нарушение трофических процессов слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, процессов пищеварения. Поэтому является целесообразным проведение лечебно-профилактических мероприятий для нормализации состояния поджелудочной железы в раннем послеоперационном периоде у детей с перитонитом различной этиологии.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, А. Н. Корнев
г. Томск

С 1986 по 1999 г. в нашей клинике находился 941 больной с острым панкреатитом. Среди пациентов было 437 мужчин и 504 женщины в возрасте от 21 до 79 лет. Средний койко-день составил 14,9 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 878 (93,3%) больных, деструктивная — у 63 (6,7%) (в том числе геморрагический панкреонекроз — у 34 (3,6%) и жировой — у 29 (3,1%)). Общая летальность составила 4,8%, послеоперационная — 26,1%.

Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС) и лабораторных методов исследования, лапароскопии.

Оперативное пособие было оказано 79 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 8,4%.

Лапароскопия с дренированием брюшной полости была выполнена у 55 пациентов — 69,6% всех оперативных пособий. В том числе у 27 больных выполнялась динамическая лапароскопия 2—3 и более раз. Показанием к выполнению лапароскопии в динамике было: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

Показаниями к лапаротомии у 24 больных являлись: 1) развитие и прогрессирование перитонита (12); 2) распространение воспалительного процесса на забрюшинную клетчатку (7); 3) формирование гнойных осложнений (5).

АКТИВНЫЙ ЛАВАЖ И ЭТАПНЫЕ НЕКРЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ ОМЕНТОБУРСОСТОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ф. С. Жижин, Р. Ф. Адметов
г. Ижевск

В клинике госпитальной хирургии ПГМА с 1990 г. оперировано 93 больных с панкреонекрозами. Умерло 30 больных. В связи с этим с середины 1998 года внедрена методика расширенной оментопанкреатостомии с последующим непрерывным лаважем забрюшинной клетчатки и малой сальниковой сумки (МСС) в сочетании с плановыми некрэктомиями МСС через оментостому. При первичной операции удалялись некротизированные фрагменты поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. В МСС устанавливались двухпросветные дренажи диаметром 1,5—2 см. При распространении некроза по боковым забрюшинным пространствам производилось их дренирование такими же дренажами через транслюмбальные разрезы. Устранение желчной гипертензии и дренирование брюшной полости осуществлялось традиционными способами. Операция завершалась рассечением левой (чаще) и (или) правой прямой мышцы живота для формирования широкой оментопанкреатостомы. В качестве saniрующих растворов использовались гипохлорит натрия, раствор фурацилина с добавлением 3%-ного раствора перекиси водорода, гипертонический раствор натрия хлорида, протеолитические ферменты с учетом фазы раневого процесса и характера микрофлоры. Плановые некрэктомии МСС через оментобурсостому выполняли через 48—96 часов. Методами контроля эффективности проводимого лечения являлись лабораторно-биохимические тесты, определение характера микрофлоры МСС, динамика общего состояния по показателю SAPS и степени эндотоксикоза по адаптированной нами классификации, полипозиционные УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства, плевральных синусов (по показаниям сочетали с рентгенографией). Количество санаций колебалось от трех до шести раз. В комплексе терапии включали дренирование ГЛП с последующей электрохимической детоксикацией лимфы. Эффективность дезинтоксикационной терапии контролировали оригинальным биотестом, стандартизованными водорослями и по динамике кинетики форменных элементов крови в знакопеременном электрическом поле.

Результаты. С середины 1998 по 1999 год по этой технологии лечилось 23 больных. Послеоперационная летальность снижена до 18,7%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Д. И. Зайцев, Ю. И. Макаров, О. В. Рыков
г. Тула

За период с 1996 по 1999 г. с использованием данных методов пролечено 67 человек (что составило 24% от общего числа пациентов с диагнозом острый панкреатит). Показанием для пункций под УЗ-контролем являлись жидкостные образования сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства. Пункции проводились как с лечебной, так и с диагностической целью, причем наличие доступа через полый орган не являлось противопоказанием. Осложнений не наблюдалось.

При выявлении гнойных затеков, осумкованных полостей, или невозможности адекватной санации через иглу проводилось дренирование вышеуказанных образований под УЗ-контролем.

При необходимости в полость ставилось два дренажа — для проведения проточного промывания. Всего дренирований под УЗ-контролем проведено 42, из них у 18 пациентов дренирование явилось окончательным методом лечения, 25 больных были оперированы из-за прогрессирования процесса. Осложнение наблюдалось в 1 случае — перфорация селезеночного угла ободочной кишки с развитием калового затека.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Д. И. Зайцев, О. В. Рыков
г. Тула

За период с 1996 г. по 1999 г. в Тульском центре хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы проведены 12 лапароскопических операций у пациентов с диагнозом: острый панкреатит.

Показаниями к операции являлись: наличие картины ферментативного перитонита (7), неясность диагноза (5). Операции проводились, как под местной анестезией, так и под ЭТН (в 9 случаях).

При выявлении ферментативного перитонита (без массивных фибринозно-гнойных наложений) проводилась лапароскопическая санация брюшной полости растворами антисептиков, с последующим дренированием отложившихся мест.

В обязательном порядке во всех 12 случаях проводилась ревизия сальниковой сумки, для чего проводилось вскрытие желудочно-ободочной связки при помощи биполярного коагулятора. Сальниковая сумка дренировалась двумя дренажами.

Переход на лапаротомию произведен в 2-х случаях.

В первом причиной перехода были выраженные фибринозно-гнойные изменения в брюшной полости и сальниковой сумке.

Во втором — осложнение в виде кровотечения из сальниковой вены.

В остальных случаях дренирование было эффективно и позволило избежать полостных операций.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВНУТРИВЕННОЕ И ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ

С. А. Залесный, Г. В. Орлова
г. Краснодар

Под наблюдением находилось две группы больных, однородные по возрасту, основному заболеванию и тяжести состояния. У всех больных отмечалась гипертермия, болевой синдром, диспептические проявления, лейкоцитоз, лимфоцитопения, гиперкоагуляция, высокий уровень ферментемии (липаза > 800 у/л, амилаза > 1000 у/л). В первой группе больных ($n = 18$) проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, ингибиторы протеаз, антибактериальная терапия и симптоматическая, внутривенно. Во второй группе больных ($n = 8$) введение ингибиторов протеолитических ферментов, антибиотиков, спазмолитиков проводилось методом регионарной лимфотропной терапии по Ю. М. Левину, под мечевидный отросток и в проекцию круглой связки печени, однократно в сутки в разовой дозе. Инфузионно-трансфузионная терапия проводилась внутривенно. Ежедневно проводился контроль за общим состоянием и клинико-биохимическими показателями.

В обеих группах на вторые сутки от момента лечения уменьшался уровень эндотоксикоза, снижался уровень ферментемии, улучшалось общее состояние. На третьи-четвертые сутки отмечалась нормализация свертывающей системы, общего состояния, уровень амилазы и липазы крови приходил в норму, полностью регрессировала интоксикация. Дополнительных методов лечения не требовалось. При дальнейшем наблюдении не было выявлено повторного нарастания ферментемии в крови, нарастания симптомов интоксикации.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что при отеочной форме острого панкреатита не имеет существенного значения метод введения препаратов. При эндолимфатическом введении доза и кратность введения препаратов в 4 — 5 раз меньше, чем при внутривенном, что является экономически выгодным.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В ПЕРИОД ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Р. М. Евтихов, Н. Н. Грошев, В. А. Никитин, С. В. Базанов, Д. И. Моисеенков
г. Иваново

Нами проанализирован опыт хирургического лечения 39 больных различными формами панкреонекроза в фазе гнойных осложнений, лечившихся в клинике за пос-

ледние 5 лет. Диагноз устанавливался на основании клинко-лабораторных данных, ультразвукового сканирования и лапароскопии. Среди обследованных было 28 мужчин и 11 женщин. Возраст больных составлял от 29 до 62 лет. Всем пациентам проводилась комплексная интенсивная терапия. Из методов экстракорпоральной детоксикации мы предпочитаем гемофильтрацию с мембранной оксигенацией. Продолжительность комплексного лечения до развития гнойных осложнений составляла от 8 до 12 дней.

В зависимости от вида гнойного осложнения пациентам выполнялись различные варианты вмешательства. В первую группу включены 17 человек, у которых диагностированы локальные гнойные процессы в сальниковой сумке (11) или забрюшинном пространстве (6). Им проводилось пункционное дренирование под ультразвуковым контролем. Летальных исходов у этих пациентов не было. Вторую группу составили 13 больных с панкреонекрозом, осложненным забрюшинной флегмоной. Им проводились вскрытие флегмоны, некрэксеквестрэктомия и установление нескольких дренажей для постоянного диализа сальниковой сумки и забрюшинного пространства. При этом однократное вмешательство было у 4 человек, двухкратное — у 6 и трехкратное — у 3. Умерло 2 больных. Контроль за состоянием гнойно-некротического процесса осуществлялся ежедневным УЗИ. У 9 больных третьей группы с тотальным расплавлением поджелудочной железы и паранекротической клетчатки выполняли программные релaparотомии. Всего проведено от 4 до 11 релaparотомий. Погибло 3 человека.

Следовательно, выбор хирургического вмешательства при панкреонекрозе зависит от вида, локализации и распространенности гнойных осложнений.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. С. Ермолов, П. А. Иванов, А. В. Гришин, А. Н. Щербук, Г. П. Титова,
С. Г. Мусселиус, Г. А. Бердников, Э. Я. Дубров, О. А. Алексеечкина,
А. А. Гуляев, Ю. А. Дасаев, Э. А. Береснева, Е. Д. Сыромятникова
г. Москва

С 1992 по 1997 г. находилось на лечении 662 больных острым первичным панкреатитом, у 224 (33,84%) из которых был крупноочаговый, субтотальный или тотальный панкреонекроз с повреждением забрюшинной клетчатки различной распространенности. Во всех случаях диагноз был поставлен клинически и верифицирован на основании данных УЗИ и лабораторных методов исследования, при КТ, лапароскопии или на операции.

Основным методом диагностики был ультразвуковой, который позволяет объективно подтвердить диагноз, определить форму и распространенность заболевания, выявить признаки отека, инфильтрации, секвестрации, нагноения. Уточняющими методами диагностики являлись лапароскопия, КТ и Ro методы исследования.

Определяющим фактором выбора лечебной тактики служил изначально асептический характер панкреатогенной деструкции, что требовало использования консервативных методов, направленных не только на купирование панкреатогенных метаболических нарушений, но и на профилактику гнойных осложнений. Лечение предусматривало полноценное обезболивание, подавление внешней секреции поджелудочной железы, коррекцию гиповолемии и нарушений микроциркуляции, связывание и удаление токсических метаболитов. В тяжелых случаях при развитии осложнений применяли ИВЛ, активные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция). При развитии гнойных осложнений прибегали к хирургическим вмешательствам, предпочтительнее из забрюшинного доступа, с некрэксеквестрэктомией, закрытым дренированием и аспирационно-промывным лечением до полной облитерации патологических полостей.

При использовании подобной тактики осложнения панкреатогенной токсемии были у 142 (63,4%), деструктивные осложнения у 84 (37,5%) пациентов, в том числе асептические — у 60, гнойно-септические — у 24. В фазе панкреатогенной токсемии умерли 44 больных, гнойно-деструктивные осложнения явились причиной смерти у 15, другие причины — у 5. Общая летальность составила 9,66% (64 из 662), а среди больных с распространенными формами панкреонекроза — 28,6% (64 из 224).

С 1998 г. изменили тактику ведения больных с распространенными формами панкреонекроза, значительно расширив показания к использованию активных методов детоксикации, малоинвазивных вмешательств под УЗ наведением и видеолапароскопии. С первых суток лечения до проявления признаков осложнений, связанных с панкреатогенной токсемией, проводим коррекцию гиповолемии, форсированный диурез и плазмаферез. На следующие сутки лечение дополняется применением кишечного лаважа, который ликвидирует стимуляцию химусом внешней секреции поджелудочной железы и удаляет патогенную микрофлору толстой кишки с целью профилактики гнойных осложнений. В дальнейшем используем дренирование грудного лимфатического протока с одновременной лимфосорбцией, эндолимфатическое введение препаратов, иммуностимулирующее и иммунокорректирующее лечение. Показания и эффективность проводимого лечения контролируем на основании данных о

среднемолекулярных пептидах сыворотки крови, продуктах ПОЛ, лейкоцитарном индексе интоксикации, иммунном статусе пациента. При развитии секвестрации, формировании ранних псевдокист, абсцессов начинаем с дренирования очага деструкции под УЗ-наведением с динамической фистулографией для оценки адекватности дренирования и эффективности лечения. При неэффективности лечения прибегаем к традиционным хирургическим операциям.

Использование подобной тактики в последние 2 года у 43 больных с распространенными формами панкреонекроза позволило улучшить результаты лечения. При сходной распространенности, тяжести процесса и частоте осложнений летальность снизилась до 20,9% (9 из 43). Таким образом, раннее применение комплекса активных методов детоксикации, малоинвазивных и традиционных методов хирургического лечения позволяет более эффективно лечить больных с распространенными формами острого панкреатита.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕМОКАРБОПЕРФУЗИИ И ПЛАЗМОВОСПОЛНЯЮЩЕГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

С. А. Залесный
г. Краснодар

Обследовано две группы больных по $n=25$ в каждой, в возрасте от 38 до 49 лет. Группы были рандомизированы по возрасту, основному заболеванию и характеру сопутствующей патологии. У всех больных были клинические проявления ПОН вследствие развившегося острого панкреатита, с клиникой эндотоксикоза 2–3 ст., с тяжестью состояния 25–30 баллов по системе APACHE 2.

В первой группе на фоне традиционной ИТ использовали ГКП на гемосорбенте «Овосорб» по общепринятой методике. ГКП проводилась при скорости перфузии 96 мл/мин, при объеме 1,0–1,5 ОЦК, трехкратно с интервалом 12–24 часа. Во второй группе, использовали плазмовосполняющий плазмаферез аппаратами AutopheresisC фирмы Baxter, Hemonetics MCS Зр. (США). Плазмаферез проводился трехкратно с интервалом 1–2 дня, плазмопотеря составляла 3–4 литра. Замещение после первого плазмафереза состояло из 70% альбумина и свежзамороженной плазмы и 30% из кристаллоидов. Плазмопотеря после последующих сеансов плазмафереза замещалась собственной свежзамороженной плазмой, обработанной гипохлоритом натрия, полученной от предыдущего плазмафереза. Проводился мониторинг общего состояния, клинико-биохимических показателей и КОС.

У больных первой группы уже после первого сеанса ГКП отмечалось улучшение самочувствия, уменьшалась степень эндотоксикоза до 1 ст., снижался уровень ферментемии крови. После третьего сеанса степень тяжести состояния по системе APACHE 2 оценивалась до 15–24 баллов, отмечался регресс липазы крови с 800 u/l до 190 u/l , амилазы крови с 600 u/l до 140 u/l . У двоих больных в дальнейшем развились межпеченочные абсцессы, один больной умер от профузного кровотечения из брюшной аорты.

Во второй группе больных, которым проводился ПФ, уже после второго сеанса исчезла клиника эндотоксикоза. После третьего сеанса степень тяжести состояния по системе APACHE 2 оценивалась до 9–14 баллов. Восстанавливался гомеостаз. На 5–7-е сутки регрессировала клиника ПОН. Летальных исходов и осложнений в этой группе не было. Среднее пребывание больного на койке сократилось в среднем на 3–4 дня.

Полученные данные свидетельствуют, что плазмовосполняющий плазмаферез у данной категории больных более эффективен, чем ГКП, и по экономическим затратам он менее дорогостоящий.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В. В. Замятин, Н. Я. Шабанов, А. В. Наумов, С. Я. Иванов
г. Самара

За период с 1991 г. по 1999 г. в КМСЧ 3 находился на лечении 1201 больной с острым панкреатитом, что составляет 3,3% от всех лечившихся больных с хирургической патологией. Оперировано 220 больных, что составляет 18,3%. 77% больных — лица работоспособного возраста, 64,9% — мужчины. Тенденция возникновения заболевания чаще у лиц молодого возраста делает эту проблему социально значимой.

У 90% больных развитию острого панкреатита предшествовал прием жирной и острой пищи, алкоголя на фоне ЖКБ, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сердечно-сосудистой патологии.

У 54,4% наших больных отмечался геморрагический панкреонекроз, у 22,6% гнойный панкреатит, у 10,4% — жировой панкреонекроз, у 3,9% — отечный панкреатит, у 9,1% отмечались нагноившиеся кисты.

Диагностика заболеваний должна строиться на клинико-анамнестических данных с учетом полученных лабораторных, рентгеноэндоскопических, ультразвуковых данных.

В лечении больных строго придерживаемся следующих тактических установок: экстренное оперативное вмешательство после предоперационной подготовки производим при остром панкреатите, осложненном разлитым перитонитом. В остальных случаях лечение начинается с консервативной терапии под постоянным наблюдением за клиникой развития заболевания, мониторингом УЗИ. При нарастании клинической картины заболевания, симптомах интоксикации, деструкции железы, подтвержденной УЗИ, также производим оперативное вмешательство. Время консервативной терапии с момента поступления может быть различным: от одних до нескольких суток. Применяем лапароскопический и открытый способы выполнения операции. В объеме оперативного вмешательства включаем обязательно холецистостомию, при наличии ЖБ — холецистэктомию, по показанию холедохолитотомию, дренирование холедоха, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, абдоминализацию железы. При изолированном поражении хвоста поджелудочной железы производим резекцию железы. При развитии забрюшинной флегмоны — дренирование забрюшинного пространства. Большое значение придаем организации постоянного проточного промывания сальниковой сумки в послеоперационном периоде. Выполнение вышеуказанных тактических установок позволило снизить летальность у оперированных больных с 50% в 1991 году до 14,2% в 1999 году.

ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. Ф. Заривчацкий, Д. В. Кунциков, О. Ю. Пирожников
г. Пермь

В нашей клинике в 1990—1999 гг. находились на лечении 142 больных панкреонекрозом. Оперативные вмешательства считаем показанными при инфицированных формах панкреонекроза и неэффективности консервативной терапии независимо от фактора инфицирования очагов панкреонекроза. Консервативное лечение направлено на ликвидацию боли, процесса аутолиза, инактивацию циркулирующих в кровеносном русле ферментов, борьбу с шоком, инфекцией, купирование волемиических, водно-солевых и обменных нарушений. Трансфузионной терапии принадлежит важная роль.

Для восполнения ОЦК при болевом и токсическом шоке I степени показана трансфузия 2000—3000 мл кровезаменителей, II ст. — 3000—4000 мл, III ст. — 6000—10000 мл. На первом этапе основу трансфузионной терапии составляют коллоидные препараты (полиглюкин, волекам, желатиноль). Оптимально сочетание декстранов и желатиноля в соотношении 1:1. После достижения гемодилюции и восстановления нормального уровня гематокрита (0,43—0,45 л/л) возможно применение глюкозированных полиионных растворов и сбалансированных солевых растворов в соотношении 1:1. Вливание кровезаменителей осуществляется под контролем показателей АД, ЦВД и диуреза. Трансфузия эритроцитсодержащих сред и свежезамороженной плазмы показана при снижении гематокрита ниже 20%.

После компенсации нарушенного кровообращения и восстановления ОЦК необходимое количество вводимой жидкости устанавливали из расчета количества выделенной мочи + потери (патологические) + перспирация (800—1000 мл) за вычетом 500 мл жидкости, образовавшейся эндогенно. Для устранения катаболических белковых процессов вводили в сутки 100—200 г глюкозы и инсулин из расчета 1 ЕД препарата на 3—5 г глюкозы. Дефицит натрия и хлора восполняли инфузией 5,85%-ного раствора натрия хлорида, ионов калия — вливанием 7,5%-ного раствора калия хлорида в 250 мл 5%-ного или 10%-ного растворов глюкозы или Рингер-Локка в течение 1,5—2 часов, а для компенсации щелочных резервов использовали инфузии растворов бикарбоната или лактата натрия.

Детоксикация организма достигалась введением детоксикационных средств (гемодез, полидес, поливисолин, желатиноль, электролитные растворы), применением форсированного диуреза, лапароскопического перитонеального диализа, плазмафереза, плазмасорбции и энтеросорбции с использованием полифепана, карбактина, полисорба. Последняя при восстановлении всасывательной функции кишечника дополнялась программированными кишечными инфузиями электролитных растворов, растворов глюкозы, сорбита, витаминов и других веществ с последующим переходом на энтеральное питание (М. Ф. Заривчацкий, 1990, К. С. Ковальская, 1995).

СПОСОБЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. Ф. Заривчацкий, А. В. Брунс, В. В. Грицук, А. А. Храмов, М. Х. Кадыров
г. Пермь

В 1990—1999 гг. в нашей клинике находились на лечении 142 больных панкреонекрозом в возрасте от 19 до 86 лет, из них женщин было 58, мужчин — 84. Диагноз панкреонекроза выставлен на основании комплексного обследования, включающего выраженность клинических симптомов, определение степени токсикоза по величине ЛИИ и уровню молекул средней массы, ультрасонографии, диагностических пункций

жидкостных образований под контролем ультрасонографии. Диагностические ошибки при использовании этого комплекса были допущены в 5,3% случаев.

Все хирургические вмешательства мы разделили на ранние, операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов и поздние (отсроченные). Показаниями к выполнению ранних операций были разлитой ферментативный перитонит, протекающий с явлениями значительной эндогенной интоксикации и не купирующийся лапароскопическими вмешательствами; сочетание панкреатита с острым деструктивным холециститом, желтуха без тенденции к снижению гипербилирубинемии в ближайшие 3–4 дня.

Подавляющее большинство больных (117) оперировано в стадии расплавления и секвестрации (101 больной), а также в поздний период (16 больных) после проведения полного курса консервативной терапии. Оптимальными считаем сроки оперативных вмешательств при инфицированных формах панкреонекроза 8–14-е сутки. У 63 больных выполнены программируемые этапные некроеквестрэктомии и санации забрюшинного пространства через каждые 2–3 дня по поводу инфицированного панкреонекроза (42), панкреатогенных абсцессов (30), некроза парапанкреатической клетчатки и клетчатки забрюшинного пространства (38). Операции завершали адекватным дренированием салниковой сумки полихлорвиниловыми силиконовыми трубками с широким просветом и резиново-марлевыми дренажами. Через трубки или дополнительно установленные ирригаторы проводили постоянное промывание гнойных полостей.

Примененная лечебная тактика позволила снизить летальность на 23,4% по сравнению с 1980–1989 гг.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА: РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

И. И. Затевагин, М. Ш. Цициашвили, М. Д. Будурова
г. Москва

Наш материал — 561 больной панкреонекрозом за период с 1981 по 1999 г. (258 больных с 1981 по 1989 г. и 303 больных с 1990 по 1999 г.). За эти годы летальность при панкреонекрозе возросла с 19 до 38%.

На сегодняшний день точность ультразвукового исследования при панкреонекрозе составляет в среднем от 80 до 95%. На наш взгляд, в ультразвуковой диагностике нерешенными остаются вопросы определения распространенности аутолиза поджелудочной железы, определения степени печеночно-почечной недостаточности, а также поиск объективных эхографических признаков асептического и септического поражения забрюшинного пространства.

Одним из важнейших факторов, определяющим лечебную тактику, является характер панкреатогенного перитонита. Больным, у которых при экстренной лапароскопии был подтвержден деструктивный панкреатит с ферментативным перитонитом, проводилась комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения, направленная на борьбу с эндогенной интоксикацией. Экстренная лапароскопия заканчивалась дренированием брюшной полости, катетеризацией круглой связки печени, наложением лапароскопической холецистостомы при наличии желчной гипертензии. Лечебная лапароскопия была выполнена 49% больных. Несмотря на лапароскопическое дренирование брюшной полости, явившееся альтернативой оперативного вмешательства, направленного на санацию и дренирование брюшной полости, у 13% больных наступила смерть на фоне прогрессирования заболевания в первые 3 суток от момента поступления в стационар на фоне проведения адекватной консервативной терапии в сочетании с различными методами детоксикации (лимфосорбция, гемосорбция, ВЛОК). 10 больным со «злокачественным» течением геморрагического и смешанного панкреонекроза на фоне некорректируемой полиорганной недостаточности выполнена корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, при этом летальность составила 70%.

106 больным панкреонекрозом, у которых при проведении диагностической лапароскопии был выявлен инфицированный перитонит, выполнены экстренные операции. 11 больным выполнено дренирование брюшной полости с назоинтестинальным дренированием в связи с нестабильностью гемодинамики, тяжестью сопутствующей патологии, при этом летальность составила 50%. Абдоминализация поджелудочной железы выполнена у 58 больных геморрагическим и смешанным панкреонекрозом; летальность составила 33%. Дренирование салниковой сумки выполнено 46 пациентам: при жировом панкреонекрозе летальность 9%, при геморрагическом и смешанном — 100%.

В фазе гнойных осложнений мы широко используем дренирование постнекротических кист и абсцессов под контролем эхографии. Все более широкое внедрение чресфистульной эндоскопической санации постнекротических гнойных полостей требует разработки схемы ее применения.

У 21 больного при поступлении выявили инфильтрацию ферментативным выпотом клетчатки забрюшинного пространства. В последующем, в фазе гнойных, у 19 из них (91%) развилась септическая флегмона. Столь высокий процент развития этого тя-

желого осложнения с высокой летальностью (80%) требует, на наш взгляд, более ранних хирургических вмешательств, направленных на создание оптимальных условий для дренирования «агрессивного» ферментативного выпота.

Таким образом, сохраняющаяся высокая летальность при панкреонекрозе диктует необходимость ранней диагностики распространенности деструктивного панкреатита и более дифференцированного подхода в лечении различных вариантов его течения.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

И. И. Затевагин, М. Ш. Цициашвили, М. Д. Будурова
г. Москва

Мы ввели понятие «комплексное ультразвуковое исследование» (КУЗИ), которое включает в себя серовещательное исследование в реальном масштабе времени, цветное доплеровское картирование (ЦДК) и дуплексное сканирование сосудов исследуемой зоны, измерение уровня эхосигнала, выражающегося в условных единицах.

Всего обследовано 49 пациентов: 1-я группа — контрольная (10 пациентов), 2-я группа — острый отечный панкреатит (10 пациентов), 3-я группа — деструктивный панкреатит (29 пациентов). Мужчин и женщин было приблизительно поровну. Преобладали больные от 35 до 55 лет.

Проведенное дуплексное сканирование непарных висцеральных ветвей брюшной аорты и системы воротной вены у больных острым отечным панкреатитом показало, что не существует достоверных объективных данных нарушения гемодинамики по сравнению с данными нормы. При измерении уровня эхосигнала диапазон значений находился в пределах от 25 до 40 ед., что наблюдалось также в группе здоровых пациентов. На наш взгляд, значение уровня эхосигнала и параметры гемодинамики не могут служить критериями диагностики острого отечного панкреатита при проведении дифференциального диагноза с неизменной железой.

При панкреонекрозе структура поджелудочной железы становится эхогетерогенной с преобладанием зон пониженной плотности, которые соответствуют зонам некроза.

Проведенное дуплексное сканирование сосудов позволило установить, что при панкреонекрозе в фазе токсемии скорость кровотока увеличивается во всех вышеперечисленных непарных висцеральных ветвях брюшной аорты и в системе воротной вены в среднем в 1,5 и более раза по сравнению с нормой. Скоростные параметры приобретают максимальные значения при геморрагическом и смешанном панкреонекрозе. Это является свидетельством более выраженных нарушений гемоциркуляции и большей выраженности токсемии при этих формах.

Общепризнанные критерии токсического гепатита (увеличение печени в размерах, снижение эхогенности печеночной паренхимы) мы дополнили новыми эхографическими признаками: снижением уровня эхосигнала печеночной паренхимы относительно коркового вещества правой почки, при дуплексном сканировании — увеличение кровотока в общей печеночной артерии и воротной вене.

Положительная эхографическая динамика панкреонекроза визуализируется в виде уменьшения размеров поджелудочной железы, появления четкости контуров, тенденции к повышению плотности паренхимы в случаях геморрагического и смешанного панкреонекроза, а также прогрессивного снижения скорости кровотока, систоло-диастолического отношения (S/D) и индексов периферического сопротивления (RI, PI), нормализации спектральной кривой кровотока. Положительная динамика токсического гепатита выражалась в уменьшении размеров печени, повышении плотности печеночной паренхимы правой доли относительно плотности коркового вещества правой почки, обогащении сосудистого рисунка печени, снижении скорости кровотока в воротной вене и общей печеночной артерии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

П. Н. Зубарев, И. Г. Игнатович, Г. И. Силенченко, А. В. Красильников
г. Санкт-Петербург

Мы располагаем опытом лечения 42 больных с панкреонекрозом в возрасте от 35 до 64 лет. При лечении указанной патологии мы руководствуемся принципами максимально щадящей консервативной тактики, включающей эндолимфатическую антибактериальную терапию, системную химиотерапию 5-фторурацилом, внутривенные инфузии ингибиторов протеаз, подкожные инъекции сандостатина. При необходимости выполняем лапароскопическое дренирование салниковой сумки и брюшной полости.

Диагностика панкреонекроза и контроль динамики развития воспалительного процесса основывались на лабораторном исследовании состояния ферментативной системы, ультрасонографическом сканировании и компьютерной томографии брюшной полости и забрюшинного пространства, а при необходимости — лапароскопии.

В результате избранной тактики лечения панкреонекроза у 22 больных удалось достигнуть клинического выздоровления без дополнительных хирургических вмешательств. У остальных 20 наблюдались различные осложнения, среди которых у 10 сформировались абсцессы сальниковой сумки, у 7 — кисты головки и хвоста поджелудочной железы (3/4) и у 3 развился ферментативный перитонит.

При формировании абсцессов выполнялось их вскрытие и дренирование с последующим ежедневным многократным промыванием полости теплыми растворами антисептиков. При наличии кист головки предпринималось либо наружное, либо цистодуоденальное дренирование. При кистах хвоста поджелудочной железы — удаление кисты с резекцией хвоста ПЖ. Больным с перитонитом выполнялась срединная лапаротомия с лаважем брюшной полости растворами антисептиков с ингибиторами протеаз и дренированием сальниковой сумки и полости малого таза.

Умерли 4 больных, из них 3 — в результате развившегося после дренирования полости абсцесса арозивного кровотечения и 1 больной умер от развившегося разлитого гнойного перитонита.

ИЗМЕНЕНИЯ В ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ЯВЛЕНИЯМИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Р. А. Зулкарнеев, Р. Р. Зулкарнеев
г. Казань

При остром панкреатите содержание Са в сыворотке крови падает, и это явление прогностически неблагоприятно отражает остроту и тяжесть процесса. Под нашим наблюдением находилось 32 пациента, у которых содержание Са уменьшалось до 2 ммоль/л, что свидетельствовало о явлениях панкреонекроза. Этот факт коррелировался с данными, полученными с помощью компьютерной томографии. Кроме Р и Са изучались диастаза в моче, содержание билирубина, активность трансаминаз, ЩФ. Содержание Са начинало снижаться со 2-го дня и достигало своего апогея к 5–8-му дню. К 21-му дню ряд показателей нормализовался, но содержание Р и Са колебалось. У 22 имела гипокальцемию, а у 9 содержание Са было повышено. Гипокальцемию имела тенденцию к нормализации через 6–8 недель, что свидетельствовало о высоком содержании жирных кислот, на нейтрализацию которых извлекался Са из скелета. Нами отмечена положительная коррелятивная связь активности липазы с содержанием Са. Через 3–4 недели от начала заболевания выполнялась рентгенография костей таза и проксимальных эпиметафизов бедренных костей. У 23 из 32 на фоне возрастных изменений (кист, субхондрального склероза, остеофитов) обнаружены мелкие очаги rarefакции, разбросанные в основном в области проксимальных метафизов бедренных костей. Отсутствие венчика склероза вокруг них позволяло предположить их связь с основным заболеванием. В нашу группу входили в основном лица старше 40 лет, что усложняло правильную трактовку обнаруживаемых нарушений, но вкуче со сдвигами в Р-Са обмене мы склонялись к диагнозу остеопении, а в дальнейшем и остеопороза. При переходе острого процесса в хронический регистрировалась уже остеомаляция. Нужно подчеркнуть, что больные, перенесшие панкреонекроз и покинувшие стационар, нередко начинают предъявлять жалобы на боли в области костей и суставов, что довольно часто не артроз, периартроз или остеохондроз, а результат описанных сдвигов в опорно-двигательной системе.

ПАНКРЕОЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. А. Зурнаджянц, Ю. В. Назарочкин
г. Астрахань

С целью улучшения результатов лечения данной категории больных разработан способ формирования панкреатоюноанастомоза с использованием серозно-мышечно-подслизистого лоскута из большой кривизны желудка на сосудистой ножке, позволяющий осуществлять герметизацию анастомозируемой культы поджелудочной железы при наложении соустья (заявка на изобретение № 9810044 от 26.05.98.).

При наложении панкреоэнтероанастомоза по предлагаемому способу исключается травматизация паренхимы поджелудочной железы швами, формирующими анастомоз. В трудных случаях, когда наложение панкреоэнтероанастомоза затрудняется воспалительными изменениями ткани поджелудочной железы, данный способ позволяет снизить вероятность прорезывания швов. Плоскость среза культы поджелудочной железы находится вне просвета тонкой кишки, что препятствует рефлюксу кишечного содержимого в протоки железы и при этом сохраняется «зияние» просвета среза железы с просветами всех пересеченных протоков.

Применение серозно-мышечно-подслизистого лоскута желудка на сосудистой ножке для формирования панкреоэнтероанастомоза позволяет избежать травмирования ткани поджелудочной железы при наложении швов, способствует хорошей герметизации анастомоза, причем как со стороны брюшной полости, так и со стороны

просвета тонкой кишки. Предлагаемым способом достигается повышение надежности панкреоэнтероанастомоза, что может способствовать расширению показаний к радикальным и реконструктивным вмешательствам на поджелудочной железе при панкреонекрозе.

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУЖНОМ АРРОЗИВНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Б. Н. Иванов
г. Черкизов

За период 1990—1998 гг. пролечено 148 больных с деструктивными формами острого панкреатита. Оперировано 52 больных (35,1%). У 18 больных (34,6%) послеоперационный период осложнился наружным аррозивным кровотечением, развившимся преимущественно в фазе гнойно-некротической секвестрации. В 16 случаях (88,9%) кровотечение классифицировано как тяжелое и крайне тяжелое, в пяти случаях из них (31,3%) соответствовало критическому с летальным исходом в двух случаях.

Источником кровотечения послужили: селезеночные сосуды — 5 случаев, верхнебрыжеечная вена — 2 случая, панкреатодуоденальная артерия — 3 случая, источник не установлен — 8 случаев. В 11 случаях (61,1%) кровотечение сочеталось со свищами: поджелудочной железы — 4 больных, тонко-толстокишечными — 7 больных. Хирургический гемостаз осуществлялся: тампонированием при невозможности установления источника кровотечения или проведения окончательного гемостаза — 6 случаев с летальностью 87,5% (7 больных); путем ушивания и(или) прошивания верифицированного источника аррозии — 10 случаев с летальностью 40% (4 больных). Послеоперационная летальность в общем составила 61,6% (11 больных). Причиной летальности в первой группе явились рецидивирующие аррозивные кровотечения; в случае окончательного гемостаза верифицированного источника — необратимые гиповолемические нарушения.

Необходимо отметить, что после проведения окончательного гемостаза с адекватной и своевременной коррекцией гиповолемии дальнейшее течение деструктивного процесса приобретало выражено доброкачественный характер с быстрым купированием гнойно-некротического процесса.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

С. В. Иванов, О. И. Охотников, Г. А. Бондарев, М. М. Милев, С. Р. Истомин, И. С. Иванов
г. Курск

В клинике хирургических болезней № 1 КГМУ на базе областной больницы в 1991—1998 гг. находилось 249 пациентов с панкреонекрозом. До 1994 г. верификация диагноза проводилась клинико-лабораторно, лапароскопически. С 1995 г. ведущим методом инструментальной диагностики деструктивного панкреатита становится неинвазивная и интервенционная сонография, а также в ряде случаев рентгеновская компьютерная томография. Зарегистрирован достоверный рост заболеваемости панкреонекрозом: если в 1991—1994 гг. ежегодно госпитализировалось в среднем 22 пациента с обсуждаемой патологией, то в 1995—1997 гг. уже 36, а в 1998 г. — 52 больных. Этиологически преобладал небилиарный панкреонекроз — 87,5%.

При том, что панкреонекроз остался хирургической проблемой и был отмечен рост хирургической активности с 79,3% в 1991—1994 гг. до 88,5% в 1998 г., существенно изменилась структура выполняемых хирургических вмешательств. С 1995 года в клинике используются технологии ультразвуковой диапневтики, применительно к панкреонекрозу включающие в себя перкутанное одномоментное первично-множественное крупнокалиберное дренирование зон панкреатогенной деструкции в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве под сонофлуороскопическим контролем. Кроме того, внедрены методики лечебной лапароскопии, а также закрытая визуально контролируемая некрсеквестрэктомия из сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Традиционная хирургия панкреонекроза предполагала лапаротомию лишь в фазе гнойных осложнений и включала в себя широкую некрсеквестрэктомию из сальниковой сумки и забрюшинного пространства с последующим проточным дренированием через люмботомический доступ, а также использование сигар-тампонов, по показаниям — лапаростомию.

Отмечена четкая тенденция к возрастанию в структуре хирургической активности доли оперативных вмешательств в сочетании с диапневтическими технологиями с 41,9% в 1995—1996 гг. до 55,1% в 1997—1998 гг. Кроме того, если в 1995—1996 гг. у 31,4% оперированных пациентов ультразвуковое дренирование оказалось эффективным средством лечения распространенного панкреонекроза, то в 1997—1998 гг. этот показатель возрос до 46,9%.

Послеоперационная летальность при традиционном хирургическом лечении панкреонекроза до внедрения диапневтических методик в 1991—1994 гг. составляла 43,5%. На фоне использования методик интервенционной радиологии послеоперационная

летальность снизилась до 24,4% в 1995—1997 гг., достигнув в 1998 году 15,2%, что позволяет обоснованно рассматривать ультразвуковую диалектику как прагматичную высокоэффективную тактикоопределяющую технологию в хирургии панкреонекроза.

ДАЛАРГИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

Г. С. Кичев, Ю. А. Беляев, И. В. Озерова, А. М. Шерстобитов
г. Пятигорск

В настоящее время идет постоянный поиск методов в лечении деструктивных форм панкреатитов (ДП), обладающих более эффективным, разносторонним воздействием на различные звенья патогенеза. Необходимо помнить о материальных затратах, которые при данной патологии достигают значительных размеров из-за высокой стоимости традиционно применяемых препаратов. Но нашему мнению, одним из таких препаратов является нейропептид — даларгин, являющийся синтетическим аналогом лей-энкефалинов, он обладает анальгетическим эффектом, антигипоксическим действием, угнетает секрецию и кислотность желудочного сока, кардиопротекторным, гепатопротекторным действием, способствует активации регенерации тканей поджелудочной железы. Нейропептиды относятся к эндогенной антистрессорной системе (В. Д. Слепушкин с соавт., 1983, 1985, 1991 гг.). Вышеизложенное свидетельствует о том, что нейропептиды оказывают влияние на функцию многих, если не всех, органов и систем, на различные стороны метаболических процессов в организме. Даларгин был использован при лечении 43 больных с ДП. Препарат вводился интраоперационно, при подтверждении диагноза панкреатита, в дозе 100—150 мг в/в капельно. Инфузия даларгина проводилась также в послеоперационном периоде в той же дозе, но более пролонгированно (в течение 24 часов) 5—7 суток.

Для динамической оценки эффективности проводимого лечения мы использовали несколько показателей: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), нейтрофильный индекс интоксикации (НИИ), динамику снижения уровня диастазы мочи. Проводилась также оценка субъективного состояния пациентов, которая выражалась в более активном поведении больных, снижении жалоб на болевые ощущения, что приводило к уменьшению дозы вводимых наркотических анальгетиков на 40%. Клинически отмечалась более ранняя стабилизация гемодинамики, связанная с коррекцией нарушений на микроциркулярном уровне. Результаты исследований показали, что снижение показателей эндогенной интоксикации (ЭИ)-ЛИИ, НИИ, имеют тенденцию к выраженному снижению на 3—4-е сутки: ЛИИ (с $11,46 \pm 1,2$ до $2,4 \pm 1,1$ ед); НИИ (с $72,54 \pm 3,72$ до $37,46 \pm 1,21$ ед). Снижение диастазы мочи происходит более плавно, без значительных скачков на 5—7-е сутки, как при применении контрикала и 5-фторурацила в других группах больных. Таким образом, применение даларгина в комплексной терапии ДП дает не только заметный клинический эффект, но и существенно снижает материальные затраты проводимой медикаментозной терапии.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ НАГНОЕНИЯХ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

Ф. В. Кифус, Г. В. Пахомова, А. Г. Лебедев
г. Москва

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 30 пациентов, перенесших неоднократные лапаротомии по поводу инфицированного панкреонекроза, осложненного забрюшинными нагноениями. У 23 из них, когда нагноение забрюшинной клетчатки распространялось от диафрагмы до нижнего полюса почки, использовали внебрюшинный доступ, идущий от заднеподмышечной линии до наружного края прямой мышцы живота параллельно подреберью (при необходимости доступ можно было продлить до срединной линии и перейти на брюшной этап операции). При распространении гнойного процесса до тазовой линии у 4, дальше на тазовую клетчатку у 3 пациентов использовали левосторонний поперечный доступ в поясничной области на уровне пупка. На операции выполнялась щадящая некрэктомия, адекватное дренирование сформированной полости 2-просветными дренажными трубками диаметром 8 или 11 мм, ушивание раны со сквозным дренажем. В послеоперационном периоде, считаем, абсолютно показано проведение непрерывного закрытого лаважа.

Оставшаяся инфицированная ткань как поджелудочной железы, так и забрюшинной клетчатки явилась причиной прогрессирования гнойного процесса и распространения его в другие области, что потребовало у 9 пациентов повторной санации и дренирования из доступов по Федорову, Израэлю, в 2 случаях в XI межреберье по заднеподмышечной линии.

Попытки дренирования забрюшинных нагноений через брюшную полость у 6 пациентов привели к вялотекущему перитониту, эвентрации кишечника в срединную рану, что потребовало вскрытия забрюшинных нагноений с одновременным выполнением санационной лапаротомии.

Из 30 пациентов умерло 5 (16,6%), из них двое — от аррозивного кровотечения. Неадекватная санация и дренирование с оставлением инфицированной ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки является основной причиной повторного хирургического вмешательства. Считаем целесообразным при этом выполнение внебрюшинного доступа, щадящей некрэтомии, дренирование сформированной полости 2-просветными дренажными трубками и проведение по ним непрерывного закрытого лаважа в послеоперационном периоде.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ

С. Е. Колдов, В. Я. Васюткин, А. Е. Новоселов, Г. Г. Гиниятшина
г. Тверь

Проведен анализ 39 больных с панкреонекрозом, которым проводилось ультразвуковое исследование. Из всех пациентов мужчин было 31, женщин 8. Возраст пациентов — от 25 до 60 лет. У 15 больных наблюдался напряженный оментобурсит, по поводу которого проводилась пункция и дренирование под контролем ультразвука. Сдавливание желчевыводящих путей с развитием билиарной гипертензии отмечалось у 18 пациентов. У 5 пациентов были выявлены признаки распространенного перитонита, что подтвердилось на операции. Исследование осуществляли круглосуточно в неотложном порядке у неподготовленных к исследованию больных, часто с выраженным метеоризмом, с помощью конвексного датчика 3,5 МГц. Всем больным проводилось динамическое ультразвуковое сканирование для контроля эффективности консервативного лечения.

Установлено, что по эхографическим признакам изменения размеров, контуров и структуры поджелудочной железы, состояния прилежащих тканей можно достоверно определить наличие панкреонекроза. УЗИ позволяло диагностировать степень деструктивных изменений поджелудочной железы, распространенность процесса и выявить характер осложнений, таких как перитонит, образование псевдокисты, сдавливание холедоха, развитие абсцессов или забрюшинной флегмоны.

Диагностика перехода отечной стадии в некротическую эхографически довольно сложна и зависит от квалификации специалиста по ультразвуковой диагностике и опыта работы его в экстренной хирургии. При панкреонекрозе всегда определялся инфильтрат в эпигастральной области, который на экране монитора выглядел как неоднородное гиперэхогенное образование без четких границ, окружающее поджелудочную железу. При этом размеры железы при некрозе резко увеличиваются, контуры становятся неотчетливыми, эхогенность неравномерная. Опыт показал, что дифференцировать формы геморрагического и жирового некроза по данным эхографии не представляется возможным. По распространенности поражения отмечалось 22 пациента с тотальной, 11 — с сегментарной и 6 — с очаговой формой панкреонекроза. Наряду с этим выявлены ранние и поздние признаки гнойно-воспалительных процессов при панкреатите. Ранними признаками являются наличие узкой ахонегативной зоны с нечеткими контурами на фоне изменения эхоструктуры, контуров и размеров поджелудочной железы; поздними признаками — наличие зоны пониженной эхогенности с участками повышенной эхогенности неправильной формы (секвестры), с четкими, неровными контурами. Диагностическая эффективность ультразвукового исследования при панкреонекрозе, по нашим данным, составила 90,1%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Д. П. Кочетков, В. Ю. Дубинин, Ю. В. Иланов
г. Москва

В клинику были оперированы 56 больных в сроки от 0,5 до 5 лет после перенесенного панкреонекроза. Характерным для больных было возникновение следующих осложнений — кист (20 больных), актазий панкреатических протоков (14), свищей (5), камней (8), рещидива желтухи (3), регионарной портальной гипертензии (2) и нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки (4).

Для определения показаний к оперативному вмешательству всем больным проводили комплексное исследование, включающее в себя ретроградную панкреатохолангиографию, ультразвуковую эхолакацию, целиахографию, рентгенографию желудка и двенадцатиперстной кишки, ирригоскопию.

В лечении больных применены 2 вида оперативных вмешательства: дренирующие поджелудочную железу (ПЖ) операции (наружное, внутреннее дренирование, их сочетание) и различные по объему резекции ПЖ. При осложненных кистах ПЖ (нагноение, несформированные стенки и др.) выполняли их наружное дренирование. Панкреатические кисты с сформированными стенками и без признаков воспаления дренировали с помощью различных цистодигестивных анастомозов (цистоеюностомия, цистодуоденостомия, цистогастротомия). При сообщении кисты с главным панкреатическим протоком выполняли цистопанкреатоюностомию, создавая дренаж всей

ПЖ, а широкое соустье обеспечивало длительное дренирование кисты. Различные виды внутреннего дренирования кист выполнены 15 больным. В 2 случаях осуществлено сочетанное внутреннее и наружное дренирование Т-образным дренажом. Последний применен при мелких, глубоко залегающих, с грубыми стенками и сращенных с магистральными сосудами кистах. Обнаружение после панкреонекроза расширения панкреатических протоков в виде «цели озер», наличие в них камней служило основанием к выполнению панкреатоюностомии, что произведено 14 больным. Ширина соустья колебалась от 6 до 15 см, что зависело от длины железы, количества лакун и степени их выраженности, наличия перегородок. Важным преимуществом дренирующих ПЖ операций считаем сохранение участков функционирующей ткани, что создает вполне благоприятные условия для переваривания пищи.

Различные по объему резекции ПЖ выполнены 16 больным. В 13 случаях выполнены резекции дистальной части органа в виде каудальной резекции или гемирезекции, в 3 — субтотальная резекция ПЖ. Изучение результатов резекции ПЖ показало оправданность их применения, что подтверждается исчезновением болевых синдромов, восстановлением веса больных, отсутствием сахарного диабета.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Д. П. Коченков, Ю. В. Иванов, В. Ю. Дубинин
г. Москва

В клинике оперированы 63 больных с панкреонекрозом головки поджелудочной железы (ПЖ), что составило 12,8% от общего количества больных панкреонекрозом.

К особенностям головчатого панкреонекроза относим некроз забрюшинной клетчатки позади двенадцатиперстной кишки, околопочечной клетчатки справа, гепатодуоденальной и круглой связки печени. Одной из важнейших особенностей панкреонекроза головки ПЖ явилось часто встречающееся сдавление общего желчного протока, что вело к выраженному холестазу и обтурационной желтухе у 68% больных. Другая особенность головчатого панкреонекроза — развитие некрозов и перфораций стенки нисходящей части двенадцатиперстной кишки.

Из особенностей оперативного лечения головчатого панкреонекроза следует отметить необходимость наложения холецистостомы. После холецистэктомии в анамнезе дренирование желчевыведительной системы проводили путем наложения холе-дохостомы. Если у больного выявляли желчный камень, вклиненный в терминальном отделе холедоха, или увеличение большого дуоденального соска, то выполняли трансдуоденальную папиллосфинктеротомию. Считаем, что при панкреонекрозе головки ПЖ особенно важно соблюдение следующего правила: начинать ревизию желчевыведительной системы только после блокады раствором новокаина круглой связки печени, зоны гепатодуоденальной связки, малого сальника, корня брыжейки толстой кишки.

Оперируя больных с панкреонекрозом головки ПЖ, мы встретились со следующими вариантами расположения гнойно-некротических очагов: 1. Гнойно-некротический очаг локализовался только в толще головки. В таких случаях выполняли пункцию очага и вскрывали его с удалением гноя и мертвых тканей. Дренирование его проводили спереди через «окно» в желудочно-ободочной связке; 2. Головка ПЖ гнойно-некротические очаги не содержала, но они определялись в забрюшинной клетчатке по верхнему или нижнему контуру ее. Выявленные очаги раскрывали, удаляли гной и мертвые ткани, проводили широкую тампонаду зоны поражения для облегчения последующих этапов некрэсеквестрэктомии. При расположении гнойно-некротического очага глубоко — позади верхнебрыжеечных сосудов — его вскрытие и дренирование производили через косой поясничный разрез справа вверх по слою правого параколлона по направлению к головке ПЖ; 3. Гнойно-некротическое поражение забрюшинной клетчатки занимало не только зону ПЖ, но и распространялось по правому боковому каналу вниз. В этих случаях помимо срединной лапаротомии делали косой разрез в правой поясничной области, рассекали ткани до забрюшинного пространства и вскрывали гнойно-некротический очаг с последующим его дренированием.

Общая летальность при панкреонекрозе головки ПЖ составила 12,6% (из 63 больных погибли 8).

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

В. А. Кубышкин, В. А. Вишневский, А. В. Вуколов
г. Москва

Самым распространенным и одним из наиболее серьезных осложнений операций на поджелудочной железе является острый панкреатит от легких форм до панкреонекроза с краевыми или тотальными поражениями. Мы диагностировали послеоперационный панкреатит различной степени тяжести у 79 (68,7%) из 115 оперированных больных. Такой высокий процент послеоперационного панкреатита дает основание провести сравнительный анализ частоты его возникновения в зависимости от различных факторов. Этиологическими факторами возникновения острого послеопе-

рационного панкреатита являются травма поджелудочной железы, повышение давления в панкреатическом протоке, нарушение кровообращения паренхимы различного генеза (травматический, нейрорефлекторный, аллергический). Несомненно, одну из ведущих ролей в генезе послеоперационного панкреатита играет повышение давления внутри протоковой системы поджелудочной железы и нарушение оттока панкреатического секрета.

Представляет интерес взаимосвязь развития данного осложнения с видом панкреатодигестивного анастомоза. Мы проанализировали относительную частоту возникновения послеоперационного панкреатита при основных типах панкреатодигестивных анастомозов. Так, при терминалолатеральной панкреатоеюностомии ($n=40$) панкреатит развился в 63,8% случаев, при панкреатогастротомии ($n=11$) в 57,1%, при панкреатоеюностомии на дренаже ($n=28$) в 67,9%, при продольной панкреатоеюностомии ($n=23$) в 43,5%, а при окклюзионном анастомозе ($n=13$) у 100% пациентов. В 4 случаях мы выполнили наружное дренирование протока культя ПЖ без анастомоза. Из приведенных данных видно, что имеется зависимость возникновения панкреатита от проходимости терминального отдела главного панкреатического протока. При широком продольном анастомозе воспаление в полтора раза развивается реже, чем при терминальном, и в 2 раза реже, чем при полном закрытии протока.

Согласно нашим данным, наружное дренирование панкреатодигестивного анастомоза не имеет значимых преимуществ для профилактики послеоперационного панкреатита перед анастомозом, сформированным без дренирования. Однако следует отметить, что панкреатоеюностомия с наружным дренированием протока культя поджелудочной железы мы применяли при очень узком, практически неизменном протоке.

В последние годы выраженность острого послеоперационного панкреатита удается снизить благодаря использованию фармакологического ингибитора внешней секреции поджелудочной железы — сандостатина (октреотида). Применение его в дозировках 50 мг через 8 часов либо 100 мг через 12 часов позволяет снизить уровень амилаземии в 2–3 раза по сравнению с исходным. Наши исследования также показали достоверное снижение риска возникновения желудочно-кишечных кровотечений в раннем послеоперационном периоде при применении сандостатина в указанных дозировках.

К ВОПРОСУ КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. М. Карсанов, Ц. С. Хутиев, Ш. Н. Аладжиков, Т. Н. Калаев, В. Г. Джигоев, И. Н. Шаялов
г. Владикавказ

Острый панкреатит (ОП) остается одной из наиболее сложных проблем в неотложной абдоминальной хирургии. В современных условиях успех в решении стратегической задачи лечения больных ОП, а особенно деструктивными формами его, в значительной степени связан с выбором рациональной лечебной тактики в зависимости от этиологического фактора, клинико-морфологической формы, фазы развития и тяжести течения заболевания, а также функциональных резервов организма больного. В этой связи нам видится, что практическая значимость классификации ОП является одним из важнейших условий решения лечебных задач. Мы пользуемся следующим модифицированным вариантом классификации ОП.

I. По этиологическим факторам: билиодуктогенный, посттравматический (в т. ч. послеоперационный), токсический, реактивный, ишемический.

II. Патогенетические формы: (по В. Г. Вискунову, 1996):

1. Гипертензионно-протоковая.

2. Первично-ацинозная (паренхиматозная).

III. Клинические формы: (Международный симпозиум по ОП в 1992 (США, Атланта):

1. Отечно-интерстициальный панкреатит.

2. Острый некротизирующий панкреатит (панкреонекроз).

3. Псевдокиста поджелудочной железы.

4. Абсцесс поджелудочной железы.

IV. Степень эндогенной интоксикации: I, II, III, в этом мы разделяем мнение коллег (Г. И. Жидовинов и С. С. Маскин, 1995), что при отсутствии гнойно-некротических форм определяющим фактором в активности хирургической тактики должна быть выраженность синдрома эндогенной интоксикации.

Предложенный вариант клинической классификации, конечно, не может претендовать на окончательность и завершенность, но практическая целесообразность ее, а главное — эффективность в решении тактических задач, нам видится очевидной.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Д. М. Красильников, М. И. Маврин, М. М. Миннегалиев, Ш. С. Салимзянов
г. Казань

В работе представлены результаты хирургического лечения 287 больных с панкреонекрозом и его осложнениями, оперированных в клинике хирургии № 1 КГМУ на

базе РКБ МЗ РТ, 12-й городской клинической больницы г. Казани, больницы скорой медицинской помощи г. Набережные Челны с 1989 по 1998 гг. На начальном этапе проводились комплексные диагностические мероприятия (лабораторные исследования, УЗИ, лапароскопия и при наличии признаков механической желтухи ЭРПХГ), интенсивная терапия, включающая внутриартериальное введение ингибиторов протеаз, цитостатиков, использование сандостатина, антибиотиков, экстракорпоральных методов детоксикации. Ранние оперативные вмешательства (до 5 суток от начала заболевания) были выполнены у 230 больных в связи с отсутствием эффекта от интенсивной консервативной терапии и эндоскопических пособий, нарастанием явлений интоксикации, прогрессированием перитонита, появлением полостных образований в проекции поджелудочной железы и забрюшинного пространства, скоплением экссудата в полости малого сальника. При наличии холелитиаза производили холецистэктомию, холедохолитотомию с дренированием общего желчного протока. При отсутствии холелитиаза формировали холецистостому. В последующем выполняли абдоминализацию поджелудочной железы без оментопексии, панкреонекротомию, широкое сквозное дренирование забрюшинной клетчатки через контрапертуры в поясничной области, санацию и дренирование брюшной полости. На сроке более 5 суток оперированы 57 пациентов, из них в 26 случаях выполнена дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией, в 31 случае спленэктомия не производилась, так как уже имелось расплавление и секвестрация тела и хвоста поджелудочной железы. Как и при ранних вмешательствах операция заканчивалась холецистостомией и широким дренированием забрюшинного пространства. 207 больных (72,1%) в связи с развитием осложнений: забрюшинные абсцессы, прогрессирование паракольной флегмоны (53,6%), аррозивное кровотечение (20,8%), толстокишечные (3,6%) и высокие тонкокишечные (2,1%) свищи были оперированы повторно. При релапаротомии у больных с толстокишечными свищами формировали илеостому, у пациентов с высокими тонкокишечными свищами резецировали петлю кишки, несущую свищ, производили вскрытие абсцессов, удаление некротизированной забрюшинной клетчатки, тщательный гемостаз, широкое дренирование забрюшинного пространства. Максимальное количество операций достигало 14 вмешательств. Послеоперационная летальность составила 25,4%.

ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С. Е. Козлов, В. Я. Васютков, А. Е. Новосельцев, Г. Г. Гвиниашвили
г. Тверь

Нами проведен анализ результатов лечения 36 больных с различными, в том числе и множественными, кистами поджелудочной железы, у которых проводилась пункционная санация и дренирование их с помощью ультразвукового сканирования. Исследование и пункционное лечение проводили под контролем ультразвукового аппарата «Sonoase 4800» фирмы «Medison» с использованием конвексного датчика 3,5 МГц. Возраст пациентов колебался от 24 до 56 лет. Размеры кист достигали 5–20 см в диаметре. У 12 больных диагностирован напряженный оментобурсит, у остальных — сформированные кисты. Локализация их была разнообразной. В области головки железы — 9 кист, тела — 9, хвоста — 6. Показанием к проведению дренирования под контролем УЗИ считали наличие стойких, плохо купируемых болей, признаков инфицирования, а также размеры кисты более 4 см в диаметре. При сформированных кистах проводили склерозирование кисты. Игла или стилет-катетер с наружным диаметром 0,8–1,5 мм вводилась в полость кисты по наиболее короткому и безопасному пути. После опорожнения жидкостного образования от содержимого в его просвет на 5 минут вводили 96% этиловый спирт до 1/3 исходного объема кисты. Затем через введенную иглу жидкостное образование полностью опорожняется, что видно по уменьшению размеров кисты на экране монитора. Контроль за продвижением иглы и положением ее в мягких тканях осуществлялся по изображению на мониторе в режиме реального времени с использованием режима «биопсия».

В процессе лечения у 13 больных произошла облитерация полости кисты после дренирования и склерозирования, у 10 осталась небольшая (до 1 см) остаточная полость, у 13 впоследствии была проведена секвестрэктомия, а пункция и дренирование — как первый этап лечения больных с панкреонекрозом.

КЛИНИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

А. М. Карсанов, Ц. С. Хутиев, Ш. Н. Аладжиков, Т. Н. Калаев, И. Н. Шавлохов,
А. Г. Бутхузи, С. А. Маргиев
г. Владикавказ, Моздок

По нашим данным, основанным на материале трех хирургических отделений, из 638 операций на органах верхнего абдоминального этажа осложнились ОПП 24 (3,8%). Особая значимость этой проблемы связана с тем, что процент панкреонекрозов (ПН)

при ОПП очень высок и близок лишь к травматическому ОП, достигая, по нашим данным, 45,8%, или 11 случаев. Летальность среди больных послеоперационным ПН составила 63,6% (7 из 11): четверо больных умерли на фоне полиорганной недостаточности в фазе ферментной токсемии, трое — в фазе поздних гнойно-септических постнекротических осложнений ПН. Общая летальность на всю группу оперированных больных составила от ОПП — 1,1%. Основные трудности в лечении ОПП связаны со своевременной оценкой информативности методов диагностики, с выбором рациональной лечебной тактики в зависимости от клинико-морфологической формы, фазы развития заболевания и тяжести состояния больного.

Следует признать, что наша настороженность в отношении риска возникновения ОПП была недостаточной, что непозволительно в современных условиях оснащения клиники лабораторными и инструментальными методами диагностики. Хотя клиническая семиотика ОПП не конкретна и не постоянна, и ей присущ характер плевровисцеральности, все же обращает на себя внимание необычно тяжелое течение послеоперационного периода, когда существует упорный парез кишечника (в 95,8%), боли различного характера (83,3%), перитонеальный синдром (в 45,8%), клинически желтуха (в 25%), билирубинемия (в 79,2%), так как для ОПП характерен в первую очередь отек головки ПЖ, феномен «уклонения» ферментов по В. Г. Вискунову, (1996), когда активность традиционных ферментов-маркеров цитолиза ПЖ (амилаза, трипсин) в сыворотке крови отстает от их насыщенности в лимфе. Характерным для ОПП также является обратная зависимость между снижением уровня амилаземии и повышением билирубинемии по истечении 3—5 суток (в наших наблюдениях это имело место в 8 случаях из 14 обследованных).

Для ОПП характерны психомоторные нарушения, вплоть до интоксикационного психоза (наблюдались у 4 больных из 12 обследованных проспективно).

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. А. Кульчиев, В. А. Елов, А. Я. Хараташ, В. Е. Тибылов, А. А. Морозов
г. Владивосток

В проблеме острого панкреатита на сегодняшний день наиболее дискуссионным вопросом считается лечебная тактика.

Считаем, что вопрос лечебной тактики должен решаться с патогенетических позиций и основным моментом, определяющим выбор метода лечения, является время, прошедшее с начала заболевания. С этих позиций в хирургической тактике острого панкреатита выделяем 4 патогенетических этапа.

Этап	Мероприятия
I (12—24 час.)	УЗИ, эндоскопия БДС, РХПГ, по показаниям папило-сфинктеротомия (ЭПТС), симптоматическая терапия.
II (2—10 сутки)	Лапароскопия, панкреатоскопия, дренирование брюшной полости, микрохолецистостомия, катетеризация чревного ствола, экстракорпоральная детоксикация. Лапаротомия (в исключительных случаях), дренирование забрюшинного пространства.
III (11—30 сутки)	Профилактика гнойных осложнений панкреонекроза. При сформировавшихся гнойниках КИСТ — закрытое дренирование под УЗИ и КТ-контроль.
IV (2—3 месяца)	Комплекс мероприятий, восстанавливающих функцию поджелудочной железы, ЦНС, ССС. Реабилитация больного.

Подобная хирургическая тактика позволила нам снизить летальность при острых деструктивных формах панкреатита до 20,1 %.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И УПРЕЖДАЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Б. Краснорогов, А. Д. Толстой, В. С. Веселов, А. Н. Резник, А. Абдулхаликов
г. Санкт-Петербург

Под «упреждающим» понимаем комплекс лечения (медикаментозного, инфузионного, детоксикационного, эндоскопического, хирургического), предусматривающий мероприятия, адекватные прогнозируемым осложнениям и исходам на улучшение прогноза путем быстрого снижения эндотоксемии. Чем тяжелее заболевание, тем больше скорость прогрессирования системных нарушений, интоксикации и некроза тканей, тем короче период, когда адекватное лечение может уменьшить тяжесть панкреатита и улучшить прогноз. Это требует целенаправленного выявления (прогнози-

рования) тяжести и максимально раннего лечения в 1–2 дня болезни (в периоде формирования некроза и интоксикации).

Применяем метод диагностики тяжести острого панкреатита (ОП) по числу ее признаков (В. Б. Красногоров, 1992), к которым в 1–3 сутки относятся: госпитализация до ≤ 6 ч. от начала заболевания; диагноз направления, требующий экстренной операции или помещения в реанимационное отделение; распирающие боли в спине; боли не купируемые ненаркотическими средствами; пульс ≤ 60 или ≥ 120 ; частота дыхания ≥ 24 ; систолическое АД < 100 мм Нг; рвота кровью; «кофейной гущей»; слабость, головокружение, холодный пот; температура $< 36^\circ$ С; бледные, серые кожные покровы; «мраморные» (цианотичные) гиперемизированные покровы; вздутие живота; отвергнутый инфаркт миокарда; по ЭКГ ишемия-дистрофия; перитонеальный выпот; лейкоцитоз $\geq 16,0 \times 10^9/\text{л}$; мочевины ≥ 12 моль; билирубин ≥ 40 мкмоль, АлАТ $\geq 1,5$ моль/ч^л; психическая заторможенность или возбуждение; олигурия; холодные кисти и стопы.

При ≤ 2 признаков ОП считаем «нетяжелым». При 3–7 признаках ожидаем его прогрессирования («тяжелый» ОП). Наиболее опасно течение ОП при > 8 признаках («крайне тяжелый»); ожидается шок, полиорганная недостаточность, обширный некроз ПЖ, высокий риск смерти в 1 неделю. Число признаков тяжести (N) коррелирует с летальностью, характером и сроком исхода, в среднем увеличивается по мере углубления поражения поджелудочной железы (ПЖ). Однако не удалось установить корреляции N и показателей морфометрии ПЖ, так как при большой тяжести смерть наступала до развития существенного некроза. Можно считать, что при числе признаков ≥ 3 ожидаемая летальность при стандартном лечении = 9 N. Поэтому при N ≥ 3 экстренно начинаем детоксикацию, объединяющую плазмаферез (ПА), медикаментозную и инфузионную терапию, форсирование диуреза, малоинвазивное дренирование брюшной полости (при лапароцентезе или лапароскопии). При положительной динамике лечение проводится теми же методами. Показаниями к операции после 1–3 сеансов ПА являются: стабильность/усиление жалоб, появление дополнительных признаков тяжести; прогрессирование пареза кишечника и перитонита; снижение диуреза; сочетание ОП с деструктивным холециститом, камнем в папилле. Использование тактики упреждающего ПА позволяет отказаться от ранних лапаротомий при «тяжелом» и сократить их частоту при «крайне тяжелом» ОП. На основании опыта применения ПА у 550 больных ОП отмечаем снижение летальности при геморрагических формах — с 70% до 27%, при гнойно-некротических — с 49% до 23%, очагово-некротических — с 34% до 11%, а при всех формах абортного некротического ОП — с 29% до 7%. В группе 60 больных с N=10 ПА в срок до 12 ч. от начала заболевания позволил снизить летальность до 13%. Высокая эффективность упреждающего ПА при «тяжелом» и у большей части больных «крайне тяжелым» панкреатитом позволяет увереннее ставить показания к хирургическим вмешательствам в случаях, когда этот метод не позволил достичь улучшения состояния.

ТЕНДЕНЦИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ В АСПЕКТЕ НОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

В. А. Кузнецов, А. Ю. Машаров, П. В. Трушин, А. А. Сомов, А. В. Горлаунов,
А. Н. Трунов, В. О. Степанов
г. Воронеж

Поступило 772 больных с острым панкреатитом. Оперировано 104. Умерло 39 (37,5%). 42 больным произведена лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, а также дренирование и тампонирующее (ЛСДТ) сальниковой сумки. Умерло (У) — 17. Операция, санация и дренирование брюшной полости без постановки тампонов в сальниковую сумку (СС) в сочетании с ее дренированием выполнена 11 пациентам, У — 3 (27,2%). Последние 2 года внедрена лапароскопическая санация, дренирование брюшной полости и СС. Оперировано 20 больных, У — 6 (30%). Инфильтрация забрюшинного пространства наблюдалась у трех оперированных, У — 2 (67%). В подавляющем большинстве применение «выжидательной» тактики в сочетании с консервативным лечением и лапароскопической санацией (ЛСС) ферментативного геморрагического перитонита позволяло справиться с интоксикацией и стабилизировать состояние больных. Однако в ряде случаев в силу прогрессирования патологического процесса продолжал развиваться некроз поджелудочной железы (ПЖ), имели место гнойно-септические осложнения. С абсцессами ПЖ оперировано 16 человек, У — 6 (37,5%). Из них 8 — ранее оперированных (3 — после ЛСС и 5 — после ЛСДТ). Большая летальность наблюдалась также при травматическом панкреатите, из 4 оперированных У — 3 (75%). У всех имелся разрыв протока ПЖ, не диагностированный интраоперационно.

Анализ показал, что использование лапароскопической технологии не привело к заметному увеличению смертности. Абсцедирование ПЖ наблюдалось как после ЛСДТ, так и после ЛСС. При абсцедировании ПЖ и развитии флегмоны забрюшинного пространства показано традиционное вмешательство. Летальность после лапаротомии с использованием тампонов СС выше, чем при простом дренировании СС. Применение ЛСС является весьма перспективным, позволяет санировать и дренировать брюшную полость и в ряде случаев отказаться от лапаротомий. ЛСС при травматическом

панкреатите является дискуссионной. При травматическом панкреатите показана интраоперационная висунография.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

П. И. Кошелев, Г. Н. Карпунин, В. Н. Лейбельс, А. Ж. Коцинян
г. Воронеж

Нами проведен анализ лечения 940 больных с острым панкреатитом, находившихся в клинике с 1994-го по 1999 год. Все больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 828 больных, в лечении которых использовалась только консервативная терапия. Вторую группу составили 112 больных, в комплексном лечении которых использовались оперативные вмешательства.

Проведенные нами лабораторные исследования показали, что наиболее динамичным индикатором эндогенной интоксикации является индекс интоксикации (ИИ). Этот показатель оказывает существенную помощь в диагностике формы заболевания и в выборе лечебной тактики. Увеличение ИИ до 52,11±1,72 ед. указывало на начало развития деструктивных процессов в поджелудочной железе; увеличение ИИ до 99,56±5,64 ед. свидетельствовало о деструктивных процессах не только в поджелудочной железе, но и в окружающей клетчатке, и других органах.

Вторая группа больных была разделена на 2 подгруппы, которые были идентичны по клиническим и лабораторным показателям.

Больным первой подгруппы (65 человек) произведены традиционные лапаротомии со сквозным дренированием сальниковой сумки и брюшной полости, у некоторых больных (по показаниям) дополняли наложение холецистомы или холецистостомии с дренированием внепеченочных желчных путей. Сквозное дренирование сальниковой сумки производили по разработанной в клинике методике.

Послеоперационные осложнения возникли у 32,1% больных. Средняя продолжительность пребывания в стационаре 37,7 к/дней. Летальность составила 22,1%.

Больным второй подгруппы (47 человек) выполнялось видеолапароскопическое вмешательство. Больные были оперированы через 12–48 часов с момента госпитализации, при неэффективности консервативной терапии, прогрессирующем ухудшении состояния больного, повышении показателя индекса интоксикации.

После установления формы острого панкреатита и изменений со стороны внепеченочных желчных путей были использованы следующие виды ВЛС пособий: санация и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, и 12 больным дополнили холецистэктомию.

В послеоперационном периоде у 12 больных выявлены парапанкреатические инфильтраты, инволюция которых после проведенного лечения наступила на 14–15-й день.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 14,2 к/дней. Летальность — 3,7%.

ПРОБИОТИКИ И ЭНТЕРОСОРБЕНТЫ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Е. П. Коновалов, В. Н. Терлецкий, С. И. Панасенко, Р. В. Березский
г. Киев

При некротическом панкреатите (НП) нарушения гомеостаза энтеральной среды носят тяжелый и стойкий характер и присутствуют на всех стадиях заболевания, причем на начальных стадиях острого панкреатита неизменно отмечаются явления паралитической функциональной непроходимости кишечника.

Нами установлено, что при НП СКН в свою очередь приводит к инфицированию некрозов, развитию различных гнойных осложнений и сепсиса. В дальнейшем развиваются висцеральные и дегенеративные осложнения, в частности, фистулизация различных отделов желудочно-кишечного тракта, которую можно расценивать как осложнение СКН. С целью коррекции СКН мы применили пробиотик опосредованного действия хилак-форте (производства Merckle, Австрия) в сочетании с кремнийорганическим сорбентом энтеросгелем у 18 больных НП в возрасте 32–68 лет. Мужчин — 7, женщин — 11. Группу сравнения составляли 10 больных, близких по возрасту, полу, тяжести заболевания, но не получавших в процессе лечения хилак-форте и энтеросгель. Фармакологическое действие хилак-форте основано на восстановлении и поддержании на физиологическом уровне кислотности в пищеварительном тракте, что создает условия для пролиферации аутофлоры и препятствует размножению патогенной микрофлоры. Содержащиеся в препарате летучие жирные кислоты способствуют репарации эпителиальных клеток кишечника и корректируют нарушения микробиоценоза. Энтеросгель — гидрогель полиметилсилоксана — является энтеросорбентом детоксикационного действия, целесообразность использования которого при НП детерминирована.

Идея совместного использования препаратов основана на сообщениях о повышении степени колонизации пробиотиков прямого действия (лактобактерин, бифидум-

бактерин и др.) на слизистой кишечника при совместном введении с энтеросгелем у больных неспецифическим язвенным колитом и энтероколитом.

Все обследованные нами больные были оперированы «открытым» методом с использованием динамической оментопанкреатостомии (ДОПС).

Хилак-форте применяли по 40–50 капель 3 раза в день с небольшим количеством жидкости, энтеросгель — по 15 г (полная столовая ложка), тщательно размешанным в 30 мл теплой воды, также 3 раза в день — per os или интраинтестинально через еюностому. Введение начинали через 24–36 часов после хирургического вмешательства. Курс лечения 6–8 суток.

При подобном лечении у больных в основной группе восстановление перистальтики отмечалось в среднем на 2,5 суток раньше, чем в группе сравнения.

Минимизация сроков кишечного пареза явилась предпосылкой снижения частоты пищеварительных фистул: так, в основной группе они развились у 4 больных (22,2%), и у 4 больных — в группе сравнения (40%).

Сочетанное использование препаратов хилак-форте и энтеросгеля в лечении СКН у больных НП позволяло в более сжатые сроки восстанавливать функциональную активность кишечника, что способствовало снижению частоты развития свищей желудочно-кишечного тракта в 1,8 раза ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

К. К. Козлов, С. И. Филиппов, Н. Ф. Остроухов, Л. И. Фабина

г. Омск

Мы наблюдали 156 больных с ОП, из них 75 с деструктивными формами. Среди специальных методов диагностики использовали ультразвуковое исследование поджелудочной железы (УЗИ) и динамическую лапароскопию.

В основе оценки состояния поджелудочной железы при УЗИ служило: размеры, ее контуры и эхогенность паренхимы. Повторное УЗИ у больных с тяжелым течением заболевания позволяло выявить скопление экссудата в брюшной полости, полостные образования в самой железе в сальниковой сумке, что послужило показанием к оперативному лечению.

Для подтверждения панкреатита проводили экстренную лапароскопию, которая позволяла судить о степени распространенности воспалительного процесса в динамике, с применением гильзы — канюли в течение 10 суток. Лапароскопия позволяет определить тактику лечения и произвести необходимые лечебные эндоскопические операции (катетеризацию круглой связки печени, микрохолецистостомию, дренирование брюшной полости) у больных с легким течением заболевания и жировым панкреонекрозом.

При тяжелом ОП во время лапароскопии обнаруживается большое количество экссудата, по всей поверхности брюшины располагаются бляшки стеатонекроза, печень приобретает бледно-желтый цвет (острая жировая дистрофия печени). Кроме интенсивной инфузионной терапии, включая форсированный диурез, введение цитостатических и антиферментных препаратов, у этой категории больных применяли плазмаферез (ПФ) и плазмосорбцию (ПС). При отсутствии эффекта от этой терапии в течение суток проводили оперативное лечение, кроме больных с нарушением витальных функций.

Нами было оперировано 75 больных. Оперативное пособие в зависимости от степени поражения поджелудочной железы должно включать санацию желчных путей и туалет брюшной полости, дренирование сальниковой сумки при ее абсцедировании, оментопанкреатопексию с дренированием сальниковой сумки при жировом панкреонекрозе, резекцию тела и хвоста поджелудочной железы при их деструкции.

В то же время, при отсутствии воспалительных изменений в желчном пузыре, операцию дополняли наложением холецистостомы. При разлитом перитоните операция заканчивалась санацией брюшной полости. Из 75 оперированных больных умерли 19 (25,3%).

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

К. К. Козлов, В. Н. Астафуров, А. В. Новосельцев, В. В. Мамонтов,

М. С. Коржук, М. В. Тятюшкин

г. Омск

Обследовано 128 больных, поступивших в клинику с диагнозом «острый панкреатит». Исследования проводились комплексно, в динамике в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии. Центральная гемодинамика исследовалась дважды в день по модифицированной методике (МЦГ).

При этом следует отметить, что недеструктивные формы панкреатитов, даже с тяжелым течением, не вызывали существенных изменений гемодинамики, за исключением тахикардии и повышения показателей работы сердца.

При формировании панкреонекроза развивались грубые гемодинамические расстройства — «гемодинамический обвал». При этом АД существенно не менялось и удерживалось на нормальных цифрах. Центральная гемодинамика менялась существенно с прогрессивным падением показателей в зависимости от формы панкреонекроза, который отмечался у 49 пациентов (38,3%).

Деструктивный процесс во всех случаях начинался остро с резкого увеличения тахикардии, падения ЦВД до отрицательных цифр. В течение первых двух часов отмечалось снижение ОЦК до 15–25% (определение проводилось по методике С. Н. Лынева). Снижение ударного объема сердца было во всех случаях прогрессивное до $27,3 \pm 1,6\%$ от нормы с увеличением работы сердца на $21,4 \pm 2,5\%$ от нормы. Другие показатели системной гемодинамики удерживались в норме до 6 часов, что определяет это время как период компенсации.

После 6 часов с момента деструкции, если не проводилось оперативное вмешательство, наступал период декомпенсации за счет плазмопотери в брюшную полость и плевральные полости. Это сопровождалось снижением среднего артериального давления ($17,4 \pm 2,1\%$ от нормы), ударного объема, минутного объема сердца ($19,4 \pm 1,8\%$), ростом периферического сопротивления ($29,3 \pm 5,2\%$), снижением удельных показателей кровотока до $27,1 \pm 2,2\%$ от нормы. Работа сердца прогрессивно снижалась до $11,3 \pm 1,8\%$ от нормы. В этот период большинство больных было оперировано. И при комплексном послеоперационном лечении произошло постепенное восстановление гемодинамики.

Только в 2 случаях при задержке операций свыше 12 часов формировалась терминальная фаза с запредельным падением центральной гемодинамики по типу гиповолемического шока.

Таким образом, необходимо определить оптимальные сроки оперативного вмешательства в течение первых 6 часов с момента деструкции, а как крайний срок — до 12 часов. В последующем формируются необратимые изменения гемодинамики, что приводит к летальному исходу, несмотря на качественное оперативное вмешательство. Исследование центральной гемодинамики не имеет альтернатив.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТАХ

И. Н. Климович, Г. И. Жидовинов, Е. Т. Хан, А. Ф. Кучерявенко, О. А. Салазникова
г. Волгоград

Нами обследовано 20 больных с деструктивными панкреатитами (ДП), осложненными гепаторенальным синдромом (ГРС). Известно, что при ДП коагулологические нарушения по типу ДВС-синдрома сопровождают и во многом определяют патогенез ГРС.

Изучались свертывание и противосвертывание, продукты дисметаболизма в периферической крови в до- и раннем послеоперационном периодах, а также в регионарной крови во время операции путем однократного забора из воротной вены и в центральной лимфе из грудного лимфатического протока.

У больных с ДП в периферической крови определялся ДВС-синдром, имеющий подострое течение, субкомпенсированную форму, в I фазе. Отмечалась секвестрация крови на периферии с блокадой микроциркуляции, в гемостазиологическом профиле выраженная депрессия фибринолиза на фоне инициирующей активации свертывания крови эндотоксинами. В регионарной крови и центральной лимфе также определялся ДВС-синдром, но иного клинико-патогенетического варианта: имел острое течение, декомпенсированную форму, во II фазе с развитием капилляропатий, микроваскулярных тромбгеморрагий. Особенности служили выраженное потребление фибриногена, повышенный фибринолиз, истощение противосвертывающих механизмов, сладж-синдром.

Указанное несоответствие в показателях свертывания и противосвертывания в центральной лимфе, периферической и органной крови несомненно связано с ее прохождением через печень и легкие. Печень, насыщая кровь прокоагулянтами и антиплазминами, предотвращает генерализацию II фазы ДВС-синдрома. Повреждение легких эндотоксинами сопровождается выделением в кровоток активированных протеаз и антикоагулянтов, что помогает организму сбалансировать гемостаз на периферии. Также значительное влияние на свертывание и противосвертывание в вышеперечисленных регионах оказывает степень насыщения их теми или иными продуктами дисметаболизма.

Полученные результаты позволяют считать, что в формировании ДВС-синдрома ведущую роль играет кишечник и характер коагулологических нарушений в периферической крови не отражает изменений в воротной вене и центральной лимфе. ДВС-синдром опережает клинические проявления и общепринятые лабораторные показатели ГРС на 36–48 часов.

На основании уточнения патогенеза ГРС мы проводили коррекцию гемостаза и снижение уровня эндотоксикоза непосредственно в бассейне регионарного кровотока, включали в стандартную терапию ДП энтеросорбцию и сорбированную лиофилизированную желчь. Модифицированная схема терапии ГРС у больных ДП позволила снизить летальность с 24,5% до 18,6%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. М. Кузнецов, Д. А. Александров
г. Саратов

В период с 1989-го по 1999 год в хирургических клиниках Саратовского военно-медицинского института оперированы 196 больных по поводу деструктивного панкреатита. За этот период ежегодное поступление больных с такой патологией увеличилось вдвое. У 102 больных диагностирован очаговый, у 65 — субтотальный, у 29 — тотальный панкреонекроз. У 20% больных состояние при поступлении расценено как удовлетворительное, что свидетельствует о недооценке характера патологии при первичном обследовании. Половина больных обратилась за помощью в поздние сроки от начала заболевания.

На первом этапе работы (1989—1994 гг.) основными показаниями к лапаротомии считали наличие перитонита и гнойных осложнений. Больным с очаговыми формами панкреонекроза выполняли дренирование салниковой сумки, брюшной полости и желчевыводящих путей. При субтотальных и тотальных формах панкреонекроза операция дополнялась мобилизацией поджелудочной железы. В периоде гнойных осложнений выполняли вскрытие и дренирование гнойников. Лапароскопия применялась как диагностическая манипуляция. Летальность составила 42,5 %.

На втором этапе работы (1995—1999 гг.) использовали дифференцированный индивидуальный подход к определению показаний для оперативного вмешательства. Учитывали следующие факторы: степень и динамику эндотоксикоза, ультразвуковые признаки деструкции железы, наличие перитонита, инфильтрата с полостными образованиями, ретроперитонита, выраженность пареза. Отрицательная динамика показателей эндотоксикоза и данных ультразвукового исследования в течение 12—24 ч. служили показанием для лапароскопии и дренирования брюшной полости. При наличии ферментативного перитонита также выполняли лапароскопическое дренирование. Лапаротомии выполняли при появлении в зоне железы полостных образований с тенденцией к их увеличению (вскрывали и дренировали полости, при неопределимости рассекали железу), при ретроперитоните (дренировали забрюшинное пространство), при гнойных осложнениях (вскрытие и дренирование гнойников). Все лапаротомии сопровождалась интубацией кишечника. Выраженный парез расценивали как признак ретроперитонита и показание к оперативному вмешательству. От мобилизации поджелудочной железы воздерживались, так как связанные с этим манипуляции оказались неоправданно травматичными. В случаях развития полиорганной недостаточности вмешательство ограничивали лапароскопическим дренированием брюшной полости. Летальность составила 24,6%.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Е. М. Кон, В. А. Черкасов
г. Пермь

Большой разброс летальности при остром панкреатите связан с отсутствием единой классификации и различной трактовкой понятия «острый панкреатит» с его локальными и общими осложнениями. В этой связи большой интерес представляет клинически обоснованная классификация острого панкреатита, принятая в 1992 г. на Международном симпозиуме в Атланте. Согласно ей, выделяются две формы острого панкреатита: легкий и тяжелый. Легкий панкреатит характеризуется минимальными клиническими проявлениями и интерстициальным отеком железы. Тяжелый острый панкреатит включает органную дисфункцию и местные осложнения, такие как панкреонекроз, абсцесс или острая псевдокиста, с возможным вовлечением перипанкреатической клетчатки. Так как тяжесть процесса определяет объем интенсивной терапии, большое значение имеет ранняя идентификация степени тяжести заболевания.

В реанимационном отделении областной клинической больницы, являющейся базой клиники госпитальной хирургии ПГМА, обследовано 46 пациентов с острым панкреатитом. Для определения степени тяжести заболевания использовались: шкала определения органной недостаточности SOFA, оценочная система Balthazar-Ranson, учитывающая данные компьютерной томографии, и оценка состояния перфузии слизистой желудочно-кишечного тракта методом желудочной тонометрии. Среди обследованных больных было 28 мужчин и 18 женщин в возрасте от 21 до 72 лет. У 32 больных (70%) был диагностирован легкий острый панкреатит, у 14 (30%) — тяжелый острый панкреатит, у 3 из них (21%) наступил летальный исход. Исследования показали, что у больных с легким острым панкреатитом в течение всего заболевания сумма баллов по шкале SOFA не превышала 6 баллов. В группе больных с тяжелым острым панкреатитом у выживших сумма баллов по шкале SOFA составляла 10 баллов, а у погибших больных — более 12 баллов. Оценка по шкале Balthazar-Ranson выявила, что средняя сумма баллов у больных с легким панкреатитом составляла 2 балла, в то время как у больных с тяжелым острым панкреатитом состояние оценено в 5 баллов — в группе выживших больных и более 8 баллов — в группе умерших больных. При исследовании перфузии слизистой желудочно-кишечного тракта по-

средством определения интраслизистого рН методом желудочной тонометрии установлено значение рН $>7,32$ в группе больных с легким панкреатитом. У больных с тяжелым панкреатитом этот показатель находился в пределах $7,28-7,30$ на высоте заболевания с закономерной тенденцией к увеличению до $7,42$ по мере улучшения состояния. У больных с летальным исходом значение этого показателя составляло $7,24-7,18$ в течение всего заболевания.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ТЕРМИНАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ

Е. И. Кропачева, С. Н. Качалов, А. И. Хоменко, О. К. Камалова, О. А. Сушенцев
г. Хабаровск

В клинике госпитальной хирургии лечебного факультета ДВГМУ за последние 5 лет (1995—1999 гг.) с целью диагностики и лечения заболеваний панкреатобилиарной системы у 179 больных проведены эндоскопические вмешательства на терминальном отделе общего желчного протока (ТООЖП) и на большом дуоденальном сосочке (БДС). Мужчин было 51, женщин — 128. Возраст больных колебался от 19 до 83 лет. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) была произведена у 93 больных, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) — у 52, эндоскопическая холедоходуоденостомия (ЭСХДА) — у 34 больных.

В результате проведенных вмешательств картина острого панкреатита (ОП) наблюдалась у 9 больных (5,0%). Диагноз устанавливался на основании клинических данных, биохимических исследований и УЗИ поджелудочной железы. Развитие ОП было связано с ЭРХПГ у 5 больных и у 4 больных — с ЭПСТ. Процент осложнений составил 5,3 и 7,5% соответственно. С 1995-го по 1998 год профилактика панкреатита не проводилась, а при возникновении клинической картины ОП назначалась традиционная терапия, включающая инфузионную терапию, контрикал, антимагнетолиты, антибиотики, голодание. За этот период времени отмечено 8 наблюдений ОП. У 4 больных ОП развивался настолько стремительно, что показания к оперативному лечению были установлены через 8—12 часов. К моменту оперативного вмешательства уже был очаговый жировой панкреонекроз в головке поджелудочной железы, инфильтрация парапанкреатической клетчатки, ферментативный перитонит. Им выполнялась абдоминализация поджелудочной железы, дренирование, консервативная терапия. Панкреонекроз прогрессировал и у всех 4 (3,0%) больных привел к летальному исходу. У других 4 больных ОП протекал не так агрессивно, как в первой группе. Оперативное лечение у 3 из них предпринято на 5—6-й день с момента появления клиники ОП, а у 1 больного эффект получен от консервативной терапии. В 1999 году эндоскопические вмешательства были проведены у 47 больных (ЭРХПГ — 24, ЭПСТ — 12, ЭСХДА — 11). В целях профилактики до эндоскопического вмешательства у 10 больных с ЭПСТ и у 2 больных перед ретроградной холангиографией применялся сандостатин (0,1 мг за час до вмешательства и 2 раза в сутки в течение 3 дней после вмешательства). Только у одной больной, которой не проводилась профилактика, после ЭПСТ возникла клиника ОП (0,5%). Больная дважды оперирована, выздоровела. Общая летальность составила 2,2%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С. Г. Крыжановский, В. И. Галашев, В. А. Кислов
г. Архангельск

Подвергнуто анализу 143 истории больных с острым панкреатитом, пролеченных за период с 1989 по 1999 годы. Среди больных мужчин было 94 (65,7%), женщин — 49 (34,3%). Данное заболевание чаще встречается в возрасте 30—45 лет (33,6%). Первичный диагноз был поставлен у 71% всех больных, остальные 29% поступили с различными диагнозами.

Все больные распределены по формам заболевания. Отечная форма острого панкреатита выявлена у 124 (86,7%) человек, оперировано 5 (3,5%) с явлениями перитонита. Диагноз деструктивный панкреатит поставлен 19 больным (13,2%), оперировано — 17 человек (89,4%).

В диагностическом алгоритме использовались данные УЗИ, ФГДС, в неясных случаях — лапароскопия.

Большинство больных пролечено консервативными методами, включающими в себя внутривенные инфузии, спазмолитики, анальгетики, ингибиторы протеаз, антисекреторные препараты, форсированный диурез, противовоспалительное лечение, препараты, улучшающие микроциркуляцию, плазмаферез.

Большое значение придавали различным видам блокад, в том числе декомпрессии желчных путей (эндоскопической папиллосфинктеротомии), лапароскопическому дренированию брюшной полости, перитонеальному диализу. В тяжелых случаях применяли внутриартериальную регионарную инфузионную терапию, дренирование грудного лимфатического протока.

Показаниями к хирургическому лечению являются: сочетание панкреатита с заболеваниями внепеченочных желчных путей, перитонит, гнойные осложнения. Все больные отежной формой острого панкреатита были выписаны, смертность при деструктивном панкреатите составила 26,3% (5 больных).

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

И. А. Криворучко, А. М. Тищенко, Р. М. Смачило, И. В. Гусак
г. Харьков

Большинство летальных исходов при остром панкреатите (ОП) обусловлено неконтролируемым иммуновоспалительным ответом на стерильный или инфицированный некроз поджелудочной железы (ПЖ), что проявляется клиническим прогрессированием синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), сепсиса, синдрома полиорганной дисфункции (СПД) с высокой летальностью. Желудочно-кишечный тракт считается источником иммуновоспалительного ответа у критических больных.

Цель исследования: определить место раннего энтерального зондового питания (РЭЗП) в лечении тяжелого ОП и его влияния на острофазовый ответ и прогноз заболевания.

Материалы и методы. Проанализировано лечение 25 больных тяжелым ОП. Все пациенты были разделены в зависимости от тяжести ОП, а в последующем рандомизированы по двум группам: I — получавшая РЭЗП (12 больных), II — получавшая парентеральное питание (13 больных). В динамике определялись: тяжесть больных с использованием шкал Глазго, APACHE II; уровень С-реактивного белка (СРБ); антиромбина III. В процессе комбинированного лечения контролировались уровень уклонения ферментов ПЖ, оксидантная и антиоксидантная системы крови, РЭЗП проводилось в режиме гипокалорийной диеты (в среднем 1500 ккал/сут) с содержанием белка менее 15% в течение 6–7 дней.

Результаты исследования. Обе группы больных соответствовали по полу, возрасту, тяжести ОП. При поступлении значения шкалы Глазго, APACHE II, СРБ существенно не отличались. Течение заболевания значительно улучшилось в I группе больных: APACHE II с $11,8 \pm 2,42$ до $5,36 \pm 1,71$; СРБ — с $+4$ до $+2$. У больных II группы эти параметры существенно не изменились. В I группе больных повышалась антиоксидантная система крови, во II группе — оставалась сниженной во все сроки исследования. Данные клинического исхода улучшились в I группе больных. После 7 дней лечения ССВР сохранился у 2 больных (они оперированы по поводу инфицированного панкреонекроза, 1 больной умер). Во II группе ССВР и СПД в эти сроки сохранялись у 5 больных, из них 4 умерли.

Вывод. РЭЗП ослабляет острофазовый ответ, улучшает течение ОП и его исход.

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

А. Я. Коровин, С. С. Маскин, А. Ю. Попов, В. А. Зарубин
г. Краснодар

Панкреатогенные перитониты (ПгП) как вид ранних осложнений деструктивного панкреатита (ДП) осложняют течение ДП на различных этапах развития и являются одной из причин развития и прогрессирования панкреатогенного шока (ПШ). Причем симптоматологическую основу органной дискоординации при ПгП составляет синдром системного воспалительного ответа (ССВО). Ведущими составляющими ССВО являются спонтанная гипервентиляция с гипоксией и артериальной гипоксемией и детерминантные кардиогемодинамические расстройства. Особенности патогенеза ПгП требуют нестандартного подхода к лечению этой сложной и тяжелой патологии. Наиболее перспективным направлением, обнадеживающим в плане ближайших и отдаленных результатов лечения тяжелых форм ДП, остается интенсивная комплексная консервативная терапия (ИТ) с применением малоинвазивных оперативных пособий. Выделяли три формы ПгП — ферментный, энтерогенно-инфицированный и первично-гнойный перитонит. Сочетание ССВО с наличием ПгП считали прогностической основой для развития панкреатогенного абдоминального сепсиса. Наблюдали 169 больных с распространенными формами ПгП. Геморрагический панкреонекроз как причина перитонита имелся у 69,9% пациентов, жировой — в 30,4% случаев. Ранняя диагностика и прогноз течения ПгП основывались на динамических интегральных схемах объективной оценки тяжести состояния больных, а также на выявлении ранних прямых и косвенных признаков ПгП (УЗИ, динамическая лапароскопия).

Основными позициями патогенетически оправданной схемы ИТ считали антибактериальную терапию (АБТ), инфузионную терапию, респираторную поддержку, восстановление адекватной тканевой и органной перфузии, нутритивную поддержку, коррекцию иммунных нарушений и экстра- и интракорпоральную детоксикацию при полиорганной недостаточности (ПОН). Использование рациональной хирургической тактики в сочетании с ИТ в раннем послеоперационном периоде позволило нивелиро-

вать проявления ПОН, снизить число поздних осложнений с 41,3% до 13,5% и снизить послеоперационную летальность до 7,7% в группе больных с ферментативным перитонитом и до 18,5% в группе с энтерогенно-инфицированным и первично-гнойными формами ПгП. В последней группе летальность удалось снизить почти в три раза по сравнению с группой больных, леченных традиционно посиндромно и с использованием инвазивных оперативных вмешательств.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. Е. Котовский, Г. А. Уржумцева, М. В. Яковенко, О. П. Примасюк

г. Москва, кафедра хирургических болезней № 4 ММА им. И. М. Сеченова, ГКБ № 7

Методом фиброгастродуоденоскопии было обследовано 38 больных с панкреонекрозом. Диагноз был установлен на основании клинико-лабораторных данных, включающих УЗИ, лапароскопию, а в ряде случаев лапаротомию. При эндоскопическом осмотре у всех больных были обнаружены изменения со стороны слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто были выявлены гастродуодениты, которые у 50% больных сочетались с выраженной деформацией просвета желудка и у 34% — двенадцатиперстной кишки за счет давления извне. Слизистая оболочка в местах сдавления была истончена, резко гиперемирована, с мелкими кровоизлияниями, а у 32% больных выявились множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. Явления эзофагита были отмечены у 8% пациентов.

При панкреонекрозе головки поджелудочной железы наиболее характерными эндоскопическими признаками явились: сдавление, деформация и смещение двенадцатиперстной кишки. Форма выпячивания в просвет двенадцатиперстной кишки была, как правило, округлая, с достаточно четкими границами, складчатость кишки нарушалась. Нередко при этом наблюдались клинические признаки нарушения эвакуации из желудка, однако во всех случаях фиброэндоскоп удалось провести за суженный участок двенадцатиперстной кишки. В подслизистом слое у 45% больных наблюдались геморрагические кровоизлияния, которые легко контактно кровоточили. Мелкие, диаметром 1—3 мм, эрозии двенадцатиперстной кишки отмечены у 26% больных. Несмотря на то что фиброгастродуоденоскопия не является основным методом диагностики панкреонекроза, она по косвенным эндоскопическим признакам позволяет судить о состоянии поджелудочной железы. Обнаруженные при фиброгастродуоденоскопии деформации, сдавления желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-геморрагические гастродуодениты являются характерными признаками при панкреонекрозе.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

С. А. Касумьян, Е. В. Иванова, В. Н. Журавлев, И. А. Журавлева,

В. В. Демидкин, А. В. Соколов, А. В. Ковалев

г. Смоленск

В клинике госпитальной хирургии СГМА с 1995 по 1999 годы находилось на лечении 1172 пациента с острым панкреатитом. Из них по поводу деструктивного панкреатита оперировано 107 больных.

Всем пациентам с острым панкреатитом при поступлении в клинику выполнялось обследование по общепринятой схеме, применялось общепринятое консервативное лечение. Выбор характера и объема оперативного вмешательства при панкреонекрозе зависел от распространенности и характера деструктивных изменений. 34 пациентам с острым деструктивным панкреатитом, осложненным ферментативным перитонитом, выполнено 46 лапароскопических санаций и 42 пункции «острых кист» под контролем УЗИ. Оперативные вмешательства выполнены у 57 пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза (шкала Ranson). 11 пациентов оперированы на ранних стадиях заболевания в связи с безуспешностью проводимой консервативной терапии и нарастанием явлений интоксикации, им выполнена санация и дренирование брюшной полости с абдоминализацией поджелудочной железы. Санационные секвестрэктомии выполнены у 18 пациентов (по данным УЗИ и КТ). Программированные лапароскопии выполнены 7 пациентам с целью ревизии и санации брюшной полости, замены или коррекции дренажей. При отрицательной динамике заболевания и прогрессировании полиорганной недостаточности, и нарастании клиники перитонита осуществляли конверсию и некрэктомию из традиционного доступа.

В послеоперационном периоде проводились методы перфузионной детоксикации организма (гемосорбция, плазмоферез, спленосорбция) в условиях реанимационного отделения.

Анализ результатов лечения показал — в послеоперационном периоде умерли 16 пациентов (летальность 14,9%). Наиболее плохие исходы отмечены у пациентов с

тяжелыми формами деструктивного панкреатита, а также у поздно оперированных пациентов (летальность 22,4%).

НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. А. Кубышкин, С. Л. Совцов
г. Москва, Челябинск

У нас в стране и за рубежом до сих пор не существует единой, удовлетворяющей большинство хирургов классификации острого панкреатита. Большинство предлагаемых классификаций основаны на морфологической картине изменений в ткани железы. Существующие клинко-морфологические параллели показывают существенную степень расхождения их. Отсутствие истинных знаков степени воспалительного процесса не позволяет хирургу достоверно оценить динамику заболевания, своевременно определить показания к оперативному лечению. В связи с этим нами предложена собственная классификация острого панкреатита. Он разделен на две формы: отечный и некротический (жировой, геморрагический, смешанный). Кроме этого мы выделили фазы заболевания: а) шока (гемодинамических расстройств), б) ферментативной токсемии, в) инфильтрата, г) гнойно-септических осложнений, д) полиорганной недостаточности. Такая классификация, на наш взгляд, позволяет определить прежде всего выбор метода лечения, его объем, прогнозировать исход заболевания. Мы считаем, что и при отечной форме панкреатита могут встречаться такие фазы, как шок или ферментативная токсемия. При подобной форме и фазах заболевания используются преимущественно консервативные методы лечения: восполнение объема циркулирующей крови, инфузионно-трансфузионная терапия в режиме форсированного диуреза, региональная гипотермия, введение антиферментативных препаратов, антибиотиков и т. п. При развитии некроза железы патологический процесс может выходить за пределы органа, и возникает фаза воспалительного инфильтрата. Для лечения подобного состояния помимо общепринятых методик мы использовали короткофокусную рентгенотерапию. Как правило, после ее применения достигался желаемый результат: значительно уменьшался размер инфильтрата, а при возникновении его абсцедирования в более поздние сроки гнойник не имел тенденции к распространению. Предлагаемая нами классификация позволяет определиться с показаниями к оперативному лечению у большинства больных. Мы считаем, что операция при остром панкреатите показана в следующих случаях: 1) перитонит неясного происхождения, когда во время операции обнаруживается воспаление поджелудочной железы; 2) неэффективность консервативной терапии или ухудшение состояния больного в течение 1—72 часов от момента госпитализации; 3) возникновение гнойно-септических осложнений. Помимо определения показаний к операции и выбора сроков ее выполнения имеется возможность уточнения и объема вмешательства. Так, при отечной форме острого панкреатита основой его лечения является интраоперационное выполнение параглондулярной блокады по Капису и дренирование малой сальниковой сумки с восстановлением желудочно-ободочной связки и ушивания раны передней брюшной стенки наглухо. При мелко- и крупноочаговом геморрагическом некрозе предпочтение отдавали абдоминализации поджелудочной железы по В. А. Козлову, закрытому дренированию сальниковой сумки и ее проточному диализу. При смешанных формах панкреонекроза и возникновении гнойно-септических осложнений применяли как некрсеквестрэктомии, так и резекции ткани железы при наличии соответствующих показаний.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

К. М. Курбанов, М. К. Гулов
г. Душанбе

По современным представлениям лечение панкреонекрозов, должно быть комплексным и патогенетически обоснованным.

В настоящей работе проведена оценка результатов комплексного лечения 17 больных с панкреонекрозом в зависимости от характера и сроков развития гнойно-некротического процесса, особенности предоперационной подготовки и методов хирургических вмешательств. Для диагностики панкреонекроза использовали УЗИ, лапароскопию и данные интраоперационного исследования.

Тяжесть состояния больных определяли симптомами полиорганной недостаточности и инфекционно-токсического шока.

Комплекс предоперационной консервативной терапии включал в себя борьбу с шоком, инфекцией и с гиперферментемией. Учитывая факт резкого снижения напряжения кислорода в портальной крови при панкреонекрозе, у 9 больных канюлировали пупочную вену с последующим введением раствора глюкозы, витаминов, антиферментов, насыщенных кислородом. У 5 больных для подавления внешекреторной активности поджелудочной железы применяли нейролептин сандостатин.

В связи с прогрессированием панкреонекроза у 9 больных на 2—5 сутки от начала заболевания выполняли ранние операции — широкое вскрытие забрюшинного про-

странства вокруг железы и в более отдаленных от нее участках. Операции завершали дренированием сальниковой сумки специально разработанным крио-дренажем. (Рец. удостовер. № 1714 от 22.11.96 г. выд. ТГМУ.)

Поздние операции производили у 8 больных на 3—4 неделе после начала заболевания в фазе секвестрации или абсцедирования железы. Объем оперативных вмешательств в этих ситуациях заключался в выполнении панкреатосеквестрэктомии (у 4) с рациональным дренированием зоны секвестра через левосторонний люмботомный разрез крио-дренажами и панкреатонекрэктомии у 2 больных при изолированных некрозах головки поджелудочной железы.

В послеоперационном периоде умерли 8 больных, причиной смерти были забрюшинная флегмона (5), интоксикация (2), кровотечения (1).

Таким образом, результаты наблюдения свидетельствуют о том, что до настоящего времени осложнения и летальность при хирургическом лечении панкреонекрозов остаются чрезвычайно высокими, и это создает определенную сложную хирургическую проблему в панкреатологии.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. В. Кутуков, В. Н. Бессарабов, В. Д. Ничога, Ю. В. Кучин
г. Астрахань

Нами проанализированы результаты 19 наблюдений пациентов с тяжелыми формами острого панкреатита (стерильный и инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс) в возрасте от 35 до 67 лет. Исследования выполнялись на компьютерном томографе SOMATOM AR.HP (фирма СИМЕНС) по стандартной программе, шагом томографии 5/10 мм. Для дифференциальной диагностики применялась методика внутривенного усиления путем введения омнипка (фирма НИКОМЕД) из расчета 0,7—1,0 мл/кг массы пациента.

В зависимости от формы воспалительного процесса (асептический или инфекционный) и степени некротизации паренхимы железы изменяется число вариантов и объем местных осложнений. В случаях с панкреонекрозом (11) было отмечено резкое увеличение железы в размерах, нечеткость и неровность контуров. Наблюдалась неоднородность структуры паренхимы, так как некротизированные участки паренхимы не накапливали контрастное вещество. В перипанкреатической клетчатке и окружающих тканях отмечалось повышение плотностных показателей, что говорит о воспалительной инфильтрации. Прилежащие петли кишечника расширены, имели нечеткие контуры, содержали жидкость и пузырьки газа. При более выраженном перипроцессе наблюдалась экставазация, ограничение воспалительного выпота и панкреатического секрета под капсулой железы, в полости сальниковой сумки, в брюшной полости, между петлями кишечника и в боковых каналах. Реактивно утолщалась преренальная фасция. Плотностные показатели выпота составляли 8—12 ед. Н. В двух наблюдениях были снижены до 24—30 ед. Н. плотностные показатели паренхимы печени, которые через месяц восстановились до нормальных величин. Желчный пузырь, как правило, был увеличен в размерах. При панкреатогенном абсцессе железа увеличена в размерах, структура паренхимы неоднородная, фрагментирована. Выражена воспалительная инфильтрация в перипанкреатической жировой клетчатке. Воспалительный выпот имеет тенденцию к ограничению. Плотностные показатели его составляют 18—25 ед. Н. В двух случаях был отмечен реактивный воспалительный выпот в плевральную полость. Больные с панкреонекрозом оперированы. Умерли 3 (15%).

Компьютерная томография на сегодняшний день является информативным методом в диагностике панкреатита, позволяет определять глубину и протяженность поражения и выработать тактику хирургического вмешательства.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Г. Б. Каиров, Л. Б. Канцалиев
г. Нальчик

Результаты лечения панкреонекроза до настоящего времени остаются неудовлетворительными, что главным образом связано с развитием тяжелых гнойных осложнений.

Нами проанализированы результаты лечения 36 больных с деструктивным панкреатитом (у 17 диагностирован гемморрагический панкреонекроз, у 19 — жировой) в возрасте от 28 до 83 лет. Из них 20 мужчин и 16 женщин, 29 больных поступили в клинику в сроки от 2 до 7 суток от начала заболевания, 7 пациентов были госпитализированы в сроки от 4 до 20 часов с момента появления первых признаков заболевания. У них наблюдалась выраженная картина панкреатогенного шока с болевым синдромом и гемодинамическими расстройствами, обусловленными, вероятно, поступлением в общую циркуляцию вазоактивных биологических веществ и эндотоксинов. Об уровне эндотоксикоза судили по данным лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), парамедианного времени и концентрации средних молекул в крови.

Всем больным проводили комплексное лечение, включая:

постоянный назогастральный зонд, локальную гипотремию, антибиотики, ингибиторы ферментов, форсированный диурез, иммуномодуляторы, инфузию полиэлектrolитных растворов с витаминами и др. Эта комплексная терапия оказалась эффективной у 12 больных.

24 пациента на 7—14 сутки были подвергнуты оперативному лечению в связи с развитием ферментативного или гнойно-некротического перитонита и гнойных осложнений. Параллельно у них же отмечено нарастание симптоматики эндотоксикоза, о чем говорят ухудшение самочувствия, общего состояния, достоверное возрастание показателей ЛИИ, концентрации средних молекул в крови.

В связи с прогрессированием эндогенной интоксикации комплексное лечение дополняли сеансами гемосорбции, энтеросорбции, плазмафереза и эндолимфатической антибиотикотерапией.

У всех 24 оперированных больных обнаружено деструктивное поражение поджелудочной железы. У 19 больных выполнено дренирование салниковой сумки и забрюшинного пространства, декомпрессионное дренирование желчных протоков, у 4 — абдоминализация поджелудочной железы. У 8 больных возникли гнойные осложнения. При явлениях полиорганной недостаточности умерли 5 больных.

Таким образом, при выборе тактики лечения панкреонекроза необходимо учитывать стадию и степень интоксикации. При прогрессировании эндогенной интоксикации и развитии гнойного процесса основным методом лечения является оперативное, с подключением экстракорпоральных методов детоксикации.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИПРОТЕИНАЗНОГО ГЕМОСОРБЕНТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В. В. Кирковский, А. Е. Мерзляков
г. Минск

Одним из ведущих механизмов патогенеза острого деструктивного панкреатита (ОДП) является нелIMITированная активация эндогенного протеолиза и связанные с ней выраженные нарушения протеиназно-ингибиторного баланса в организме. Нами в сотрудничестве с БелНИИ переливания крови и ИИХС РАН разработан биоспецифический антипротеиназный гемосорбент «Овосорб» на основе овомукоида белка утиных яиц (природного ингибитора протеиназ). Данный сорбент применен при лечении 162 пациентов с ОДП.

До включения биоспецифической антипротеиназной гемосорбции (БАГ) в комплексную терапию все больные находились в тяжелом состоянии в связи с выраженной эндогенной интоксикацией. У всех больных имелись выраженные нарушения сознания вплоть до делирия, одышка смешанного типа, выраженная тахикардия, нестабильность АД с тенденцией к гипотонии, снижение экскреторной функции почек, а также парез кишечника, проявлявшийся картиной динамического илеуса. Наряду с этим имели место ферментемия, снижение резерва антипротеолитического потенциала, диспротеинемия и повышение содержания конечных и промежуточных продуктов белкового обмена.

БАГ включали в состав комплексной терапии в первые сутки после установления диагноза. Введение антиферментных препаратов при этом не проводили. Гемосорбцию проводили по вено-венозному типу при величине потока крови 60—100 мл/мин в течение 60—80 мин. Общий объем обработанной крови составил от 1,0 до 1,5 ОЦК. Количество проведенных сеансов гемосорбции колебалось от 1 до 7 в зависимости от динамики состояния пациента и эффекта от предыдущих сеансов. После проведения БАГ отмечалась существенная положительная динамика биохимических показателей. Так, после сеанса гемосорбции отмечалось снижение в 1,8—2 раза трипсиноподобной активности плазмы. Через сутки после сеанса отмечали снижение на 30—50% уровня средних молекул и мочевины, и практически до 0 — уровня активного калликреина. Проведение БАГ не оказывало существенного влияния на уровень общего белка, альбумина и ингибиторов протеолиза.

Отмечено 8 летальных исходов (4,9%), что существенно ниже, чем при лечении без включения в комплексную терапию БАГ. Смерть наступала на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности, имевшейся у больных до начала проведения БАГ. Случаев развития полиорганной недостаточности либо прогрессирования гнойных осложнений на фоне проведения комплексной терапии с применением БАГ не отмечено.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ

Н. И. Коротков, Н. И. Бойцов, В. П. Коськин, С. Н. Фетисов, А. В. Кукушкин, Р. Р. Рамазанов
г. Иваново

Цель исследования — оценить эффективность активной хирургической тактики у больных с панкреонекрозом (ПН).

За период 1992—1999 гг. в хирургической клинике лечилось 223 больных с острым панкреатитом. По поводу ПН оперировано 68 (30,5%) человек, из них 42 (61,8%) мужчины и 26 (38,2%) женщины в возрасте от 20 до 70 лет.

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе допущены у 26 (38,2%) больных. При обследовании использовались лабораторные, рентгенологические, эндоскопические методы, УЗИ, компьютерная томография.

Консервативная комплексная терапия проводилась в условиях реанимационного отделения и была направлена на борьбу с эндотоксикозом, ферментемией, предупреждение развития полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Следует отметить выраженный положительный эффект сандостатина, примененного у 22 человек. Из методов экстракорпоральной детоксикации широко использовали плазмаферез (53 сеанса у 27 чел.), УФО крови, при развитии острой почечной недостаточности у 3 пациентов применен гемодиализ.

До 1996 г. оперативное вмешательство по поводу ПН выполняли традиционными способами. Проводились секвестрэктомия, марсупиализация салниковой сумки, забрюшинного пространства, декомпрессия желчных путей. В 1992—1995 гг. оперировано 30 больных. Геморрагический ПН диагностирован у 19 человек, у которых отмечено тотальное и субтотальное поражение поджелудочной железы, из них умерли 11 (57,9%) больных.

За период 1996—1999 гг. оперировано 38 больных. Геморрагический ПН выявлен у 21 пациента, а распространенные формы установлены у 19. Всем больным с распространенными формами лапаротомия производилась двухподреберным доступом с созданием бурсооментостомии. У 15 человек выполнены программные релапаротомии, у некоторых больных до 10—12 раз. С 1998 г. в клинике при деструктивных изменениях в поджелудочной железе у 6 пациентов использовался метод функционального дренирования парапанкреатических образований с хорошим эффектом. Применение активной хирургической тактики в сочетании с комплексной терапией привело к выздоровлению 12 больных с распространенными формами ПН. Умерли 7 человек (36,8%).

Таким образом, ПН, требующий хирургического вмешательства, по нашим данным, развился у 68 (30,5%) больных острым панкреатитом. Клинические наблюдения подтверждают положительный эффект сандостатина в комплексной антиферментной терапии. Двухподреберный оперативный доступ и программные релапаротомии способствовали снижению летальности при тяжелых распространенных формах ПН. Первый опыт применения пункционного метода лечения абсцессов при деструктивных изменениях в поджелудочной железе позволяет сделать заключение о его эффективности.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ЭРПХГ И ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА БДС

А. И. Ковалев, А. А. Соколов, А. Кашек
г. Москва

Опыт выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) с вмешательствами на большом дуоденальном сосочке (БДС) показывает, что наиболее часто встречаемым и опасным осложнением данных манипуляций является острый панкреатит (ОП), который наблюдается в 3—12% случаев.

На наш взгляд, имеется три места приложения мероприятий по профилактике ОП: адекватная общая и медикаментозная подготовка больных перед исследованием, щадящая и грамотная техника выполнения самого вмешательства и рациональная тактика ведения больных после него. Только при выполнении всех этих трех условий можно надеяться на снижение количества осложнений со стороны поджелудочной железы (ПЖ).

В зависимости от этапа проводимого исследования можно выделить основные причины развития ОП. При выполнении ЭРПХГ ими являются: неоднократные и грубые попытки канюляции устья БДС с последующим развитием выраженного отека слизистой устья или стойкого спазма сфинктера Одди; грубые манипуляции катетером в просвете ГПП, когда он вводится на большую глубину без соблюдения принципов соосности; избыточное введение контрастного вещества в протоковую систему ПЖ, причем решающее значение при этом имеет не столько характер вводимой жидкости, сколько ее количество и скорость введения. Это происходит, когда изолированно канюлируется устье ГПП и интрадуктально, без надлежащего контроля за нахождением дистального конца катетера, вводится большой объем контрастного препарата. При этом заполняется не только основной, но и вторичные панкреатические протоки, вплоть до появления паренхимогаммы.

Основными причинами развития ОП при осуществлении ЭПСТ являются технические и тактические ошибки. К первым относятся: неправильная ориентация папиллотомы в устье БДС, приводящая к повреждению паренхимы ПЖ; грубые манипуляции папиллотомой в устье БДС с развитием отека слизистой в зоне устья ГПП; неправильный выбор режима работы и значений силы тока высокой частоты при выполнении разреза; ошибочное введение корзинки типа Dormia в ГПП при ревизии холедо-

ха. К тактическим ошибкам можно отнести неадекватное выполнение папиллотомического разреза, когда развивающийся отек переходит на устье ГПП. Кроме этого данная ошибка может привести к ущемлению конкрементов в ампулярной части холедоха при литоэкстракции или их самостоятельном отхождении, что сопровождается травматизацией устья выводного протока ПЖ.

Пусковым моментом в возникновении ОП во всех случаях является быстрое развитие стойкой панкреатической гипертензии. Повреждение ацинарных клеток при этом приводит к освобождению значительного количества цитокиназы с последующей активацией трипсиногена и развитию разной степени выраженности проявлений ОП от транзиторной диастазурии до панкреонекроза.

Таким образом, анализ причин развития ОП при выполнении ЭРПХГ и ЭПСТ показал, что данное осложнение практически во всех случаях обусловлено нарушениями техники выполнения данного исследования и тактическими ошибками. Применение комплекса профилактических мероприятий позволило снизить количество случаев острого панкреатита с 10% до 4% и полностью избежать развитие панкреонекроза.

КОМПЛЕКСНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕГИОНАРНАЯ ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. И. Ковалев, О. Б. Мельник
г. Москва

Высокие цифры летальности при панкреонекрозе обуславливают поиск и совершенствование методов лечения данной патологии.

Клиника общей хирургии лечебного факультета РГМУ располагает опытом проведения внутриартериальной регионарной инфузионной терапии (ВРИТ) при панкреонекрозе у 164 пациентов.

Основным диагностическим методом считали экстренную лапароскопию, которая всегда включала лечебные манипуляции (активная санация брюшной полости, дренирование и лекарственная инфузия круглой связки печени, декомпрессия желчных путей). Лечебные мероприятия осуществляли в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Диагностическую селективную целиакографию завершали фиксацией внутриартериального красного катетера Эдмана с большим радиусом кривизны в чревном стволе на 5 суток с последующей заменой катетера в случае необходимости.

Применение ВРИТ обуславливалось достижением следующих целей:

1. Создавалась максимальная концентрация ингибиторов, купирующих синтез и аутоактивацию панкреатических ферментов, а также препаратов антиферментного, антисекреторного действия и воздействующих на периферическую вазодилатацию;

2. Целенаправленно влияли на воспалительный процесс комплексом неспецифической фармакотерапии: антибиотики, антигистаминные препараты, гепарин, декстраны, корригирующие локальные дисциркуляторные нарушения;

3. Обеспечивали дезинтоксикационный эффект путем восстановления КЩС, ОЦК, белкового, липидного и электролитного обмена на фоне проведения форсированного диуреза с помощью вазодилататоров и холинолитиков.

Нами отмечена высокая степень корреляции между тяжестью и прогнозом течения панкреонекроза и сроком начала ВРИТ от момента заболевания. Положительный эффект наступает на 2–3 сутки проведения ВРИТ, но его закрепление требует продолжения осуществления мероприятий до 5–7 суток. Подобная тактика у 152 пациентов позволила добиться консервативного излечения панкреонекроза.

САНАЦИОННАЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Н. А. Кузнецов, Г. В. Родман, Л. А. Лаберко, А. В. Саликов, М. С. Ревук
г. Москва

В комплексное лечение 14 больных с острым деструктивным панкреатитом была включена методика СВЛ. Первый сеанс СВЛ проводили непосредственно после верификации диагноза и определения показаний к выполнению лапароскопического исследования. Во время СВЛ после осмотра брюшной полости проводили эвакуацию перитонеального экссудата, санацию и дренирование брюшной полости растворами антисептиков, наложение холецистостомы, введение лекарственных препаратов в клетчаточные пространства. Санацию брюшной полости в случаях присоединения к ферментативному перитониту микробного этиологического фактора осуществляли антисептиками, подобранными с учетом чувствительности микрофлоры перитонеального экссудата к антибактериальным препаратам. Санационные мероприятия завершали введением в брюшную полость охлажденного озонированного физиологического раствора.

Определены показания и технические особенности выполнения СВЛ у больных с деструктивным панкреатитом, осложненным развитием ферментативного перитонита в различные фазы течения заболевания. В изучаемой группе больных отмечено три летальных исхода, наступивших вследствие прогрессирования полиорганной недостаточности в фазе развития гнойных осложнений. Применение СВЛ в комплексном лечении деструктивного панкреатита у 10 больных позволило добиться купирования явлений воспаления брюшины без выполнения полостных оперативных вмешательств. В 9 случаях СВЛ выполнялась неоднократно. Четырем пациентам в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке были произведены вскрытия, дренирование, санация гнойников.

Проведение СВЛ позволяет осуществлять эффективную санацию и дренирование брюшной полости, выполнять декомпрессию желчевыводящих путей. Визуальная оценка состояния брюшной полости при выполнении СВЛ позволяет определить необходимость повторных санаций при наличии неблагоприятных признаков течения перитонита. Выполнение СВЛ у больных с деструктивным панкреатитом на стадии развития распространенного перитонита позволяет в кратчайшие сроки добиться купирования воспалительного процесса в брюшной полости, обладает выраженным эффектом детоксикации, что определяет значительное уменьшение степени тяжести течения основного заболевания.

ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ, ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ

М. В. Кукош, Н. В. Емельянов, Г. И. Гомозов
г. Нижний Новгород

Летальность при инфицированном панкреонекрозе (ИПН) превышает 50%. Высокая летальность обусловлена в ранние сроки органной недостаточностью, в поздние — генерализацией инфекции.

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения больных с ИПН в зависимости от объема хирургического вмешательства.

Материал и методы. В клинике факультетской хирургии Нижегородской медицинской академии лечились с 1988 года 2406 больных с острым панкреатитом. Панкреонекроз из них верифицирован у 155 пациентов по клинко-лабораторным данным, данным УЗИ и лапароскопии. При асептическом ферментативном перитоните — дренирование брюшной полости (во время лапароскопии), при признаках желчной гипертензии накладывалась лапароскопическая холецистостомия. Показаниями к лапаротомии служили: данные лапароскопии (наличие темно-геморрагического выпота в брюшной полости и инфильтрация забрюшинной клетчатки) и некорректируемая токсемия у больных с ферментативным перитонитом.

Лапаротомия выполнена 99 пациентам, из них у 51 произведена дистальная резекция поджелудочной железы (ДРПЖ) с подведением дренажно-поролоновой системы (ДПС) в ложе железы, у 48 больных — тампонирование сальниковой сумки. В последующем больным производились смена тампонов и ДПС с проточным дренированием и постоянной активной аспирацией.

Результаты. В первые 3 суток после лапаротомии умерли 19 больных от полиорганной недостаточности: 6 пациентов после ДРПЖ и 13 больных, которым выполнено тампонирование сальниковой сумки. Из 35 пациентов с ИПН, которым выполнялось тампонирование сальниковой сумки, умерли 20 больных от гнойно-септических осложнений и аррозивных кровотечений.

После выполнения ДРПЖ через ДПС производилась активная аспирация токсического выпота на ложе железы и забрюшинной клетчатки.

Обсуждение. При ИПН тампонирование и дренирование сальниковой сумки нецелесообразно из-за неудовлетворительных результатов.

Наиболее рациональный объем операции ДРПЖ с активной операцией через ДПС. Сформированный раневой канал позволяет своевременно выполнить полноценную санацию и предупредить различные осложнения.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ СОЗДАНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. В. Кирковский, А. Е. Мерзляков, О. О. Руммо
г. Минск

Оно содержит эластичную поливинилхлоридную трубку длиной 150—170 см, разделенную на три канала. На дистальном конце устройства крепится пластмассовая олива. На расстоянии в 95—100 см на протяжении 10 см от проксимального конца и на расстоянии 5 см на протяжении 10 см от дистального конца устройства на первом канале расположены боковые отверстия для дренирования желудка и 12-перстной

кишки, а также селективного введения медикаментозных препаратов. Также через первый канал возможно проведение термодатчика для определения температуры хладагента в резервуаре. На 10 см дистальнее отверстий на боковой поверхности второго канала имеются отверстия на протяжении 10 см для удаления жидкости. Сразу дистальнее их на боковой поверхности третьего канала также на протяжении 10 см имеются отверстия для нагнетания жидкости в эластичный резервуар, укрепленный на устройстве в области расположения отверстий на втором и третьем каналах устройства.

Устанавливается устройство как обычный толстый желудочный зонд. В качестве хладагента используется вода либо физраствор, охлажденные до 4–6 градусов. Нагнетание хладагента производится при помощи перистальтического насоса в темпе 200–300 мл/мин. По мере заполнения резервуара под воздействием упругих сил вода по другому каналу поступает на возврат. В дальнейшем процедуру можно осуществлять как в режиме непрерывной циркуляции, так и в режиме постоянной замены хладагента.

Проведено 16 стендовых опытов длительностью от 2 до 36 часов, показавших нормальную работу устройства. Обеспечивается непрерывная и равномерная циркуляция хладагента по резервуару, при этом канал, не задействованный в циркуляции хладагента, легко используется для проведения температурного датчика, дренирования либо введения лекарственных препаратов. При проведении 10 экспериментов было показано, что применение данного устройства обеспечивает охлаждение тканей до температуры 30 градусов и ниже в слое толщиной 5 см, чего вполне достаточно для создания условий гипотермии панкреаса. В настоящее время нами подготовлена документация для получения разрешения на клинические испытания устройства.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ — СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ

Н. В. Комаров, А. С. Маслагин, Р. Н. Комаров
г. Павлово

Внедрение в условиях районной больницы современных методик лечения больных с использованием лапароскопии при остром панкреатите, госпитализация в районе по принципу «на себя» способствовали снижению послеоперационной летальности с 35,3% (1985–1990 гг.) до 18,75% (1991–1994 гг.) в ЦРБ.

Однако ситуация в последние годы резко изменилась. В хирургическом отделении ЦРБ в 1996–1998 гг. находились на лечении 94 пациента с острым панкреатитом. Госпитализировано позже 24 часов с момента заболевания — 29 (30,8%), оперировано — 24 (25,5%). Заболевание возникло на фоне алкоголизма или связано с приемом алкоголя у 15 оперированных в возрасте до 40 лет. Отечная форма панкреатита была у 1, панкреонекроз — у 23, осложненный перитонитом — у 10, механической желтухой — у 1, деструктивным холециститом — у 1 больного.

Открытое дренирование салниковой сумки проведено у 9 пациентов, лапароскопия — у 15. Во время операции у 6 больных выполнена холецистэктомия, у 6 — холецистостомия, у 1 — резекция поджелудочной железы. Послеоперационные осложнения — абсцесс брюшной полости (1), панкреатический свищ (1), аррозивное кровотечение (1), желудочный свищ (1) — потребовали выполнения релaparотомии. Умерли 10 больных, из них 7 от полиорганной недостаточности. В 1991–1998 гг. в ЦРБ было оперировано всего 46 больных, умерли — 14 (30,4%).

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ БАЛАНСА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Л. П. Лазурина, А. И. Бежин
г. Курск

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) сопровождается тяжелыми нарушениями гомеостаза, структуры и функции поджелудочной железы (В. М. Буйнов и соавт., 1980; В. И. Филин и соавт., 1982; С. Савельев и соавт., 1983 и др.).

Цель нашего исследования — изучить в эксперименте содержание и соотношение микроэлементов в тканях при ОДП, разработать способ их коррекции.

В тканях экспериментальных животных с ОДП определяли содержание макро- и микроэлементов и их соотношения с помощью плазменного спектрометра ICAP — 9000 (натрий, калий, алюминий, бор, кальций, железо, магний, фосфор, цинк, кобальт, кадмий, литий, молибден, марганец, мышьяк, кремний, никель, серебро, йод, свинец, медь). Изучали активность панкреатических ферментов и проводили иммунологические, гистологические и гистохимические исследования.

Установили, что ОДП сопровождается развитием грубых функциональных и морфологических изменений, нарушением баланса элементов (БЭ), играющих важную

роль в патогенезе панкреатита. С нарастанием воспалительного процесса в поджелудочной железе (ПЖ) содержание меди в крови к 21 суткам повышалось в 8 раз. Выявлено достоверное снижение уровня цинка, кобальта и железа. Содержание цинка в крови было в 2 раза ниже нормы. Установлена положительная корреляционная зависимость меди и амилазы в цельной крови ($t=+0,85$) и отрицательная — для цинка и амилазы ($t=-0,75$).

Соотношения элементов в 1,5–2 раза выше нормы имели место для железа и цинка, железа и марганца, калия и натрия, в 6 раз — для никеля и цинка и в 20 раз — для железа и меди.

Коррекция нарушений БЭ проводилась путем ежедневного введения в течение 7 дней (доза 27мг/кг) нового биоконплекса цинка (П) с производным 5-нитроимидазола.

Введение препарата к 21 суткам приводило к нормализации БЭ в тканях животных. Дополнительное введение в организм цинка изменяло концентрацию в органах не только его самого, но и других элементов в результате синергизма или антагонизма элементов. Наибольшие нарушения претерпевали коэффициенты соотношения цинк/медь в крови и почках.

Гистологические исследования показали, что новый биоконплекс способствовал активному рубцеванию очагов некроза в ПЖ, разрастанию междольковой соединительной ткани. В селезенке животных активизировались процессы лимфопоэза, что проявлялось в увеличении периаартериальных зон, а также в образовании множественных мелких очагов лимфопоэза и участков диффузной лимфоидной инфильтрации в красной пульпе.

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А. Б. Ларичев, А. Г. Козлов
г. Ярославль

Введение. Среди многих нерешенных вопросов хирургии деструктивного панкреатита один из важнейших касается рационального дренирования забрюшинного пространства при панкреонекрозе и парапанкреатите. Если технология оперативного доступа к вовлеченному в патологический процесс забрюшинному пространству имеет топографические и методологические обоснования, то обеспечение адекватного дренирования затруднено в связи с особенностями топографо-анатомических взаимоотношений органов этой зоны и из-за широкого вовлечения в процесс забрюшинной клетчатки.

Абсолютно очевидной является низкая эффективность традиционных способов создания пассивного оттока воспалительного экссудата через трубчатые или перчаточные дренажи. Целью исследования стало патогенетическое обоснование вакуум-терапии как активного метода лечения гнойно-воспалительного поражения поджелудочной железы и забрюшинного клетчаточного пространства.

Материал и методы. Нами анализированы результаты лечения 52 пациентов, оперированных в клинике общей хирургии по поводу деструктивного панкреатита. Объем оперативного вмешательства включал производство срединной лапаротомии, широкое раскрытие всех пораженных отделов забрюшинного пространства, возможно радикальную некрэктомию и создание адекватного дренирования этих зон двухпросветными трубками с множеством перфорационных отверстий на боковых поверхностях. Сразу же после поступления больного в послеоперационную палату начинается вакуум-терапия. Все дренажи подключают к постоянному источнику вакуума с разрежением в системе 0,1–0,15 атм. При оценке влияния вакуум-терапии на воспалительный процесс в мягких тканях учитывали данные клинических, клинко-лабораторных, биохимических и специальных методов исследования.

Результаты. Проведенные клинические исследования позволили установить многокомпонентное влияние физического фактора вакуума. Помимо чисто механического удаления экссудата из очага деструкции вакуум-терапия улучшает микроциркуляцию, активирует окислительно-восстановительные процессы в пораженных тканях, способствует ошелачиванию раневой среды и отделяемого. В процессе лечения быстро уменьшается количество микробов в экссудате, антибактериальное влияние усиливается дополнительным привлечением в околораневую зону фагоцитирующих клеточных элементов.

Предложенная методика позволила у большинства больных с асептической дегенеративной флегмоной забрюшинной клетчатки перевести течение процесса по abortивному пути развития, а у больных с гнойными осложнениями панкреонекроза — снизить летальность с 45% до 27%.

Выводы. Вакуум-терапия является активным, патогенетически обоснованным и эффективным способом лечения деструктивно-воспалительного поражения поджелудочной железы и забрюшинного клетчаточного пространства, что служит основанием для широкого применения этого метода в хирургической практике.

КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-БОЛЕВОГО СИНДРОМА НАТРИЕМ ОКСИБУТИРАТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. А. Легос, З. А. Уразбаева, В. А. Морозов, Е. В. Лаврентьева

г. Уфа

Эмоционально-болевой синдром при ОП наблюдается в 85–100% случаев. Именно он является первым клиническим проявлением данной патологии. Поэтому раннее и эффективное устранение синдрома имеет важнейшее значение в комплексной ИТ острого панкреатита. С этой целью нами применяется натрия оксibuтират (ГОМК), который блокирует рецепторы протоков, реагирующих на давление и растяжение, устраняет чрезмерную активность симпатно-адреналовой системы. Будучи антигипоксантом и антиоксидантом защищает клеточные структуры от повреждений, связанных с гипоксией, вызывает благоприятный лечебный сон, создает охранительный режим. ГОМК применен у 176 больных, находившихся в отделении ИТ с различными формами ОП. Мужчин было 96, женщин — 80 в возрасте от 16 до 84 лет. Отечная форма наблюдалась в 101 случае, деструктивная — в 75. Оперировано 34 пациента с панкреонекрозом, из них умерли 7 человек. ГОМК вводился в вену капельно 2,0–3,0 г два раза в сутки. Для быстрого купирования боли ГОМК вводился шприцем со 100 мг тиопентала натрия. Дефицит калия устранялся введением поляризующей смеси.

Контрольное лечение и анализ показали, что во всех случаях удалось быстро устранить эмоционально-болевой синдром и стабилизировать функции жизненно-важных органов. У большинства больных купировалось прогрессирование патологического процесса в поджелудочной железе, значительно сокращая время нахождения пациентов в отделении ИТ.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А. Д. Лелянов, С. А. Касумьян, В. И. Сергиенко, А. Ю. Некрасов

г. Смоленск

В сообщении анализируются результаты применения электролизного раствора натрия гипохлорита (ЭNaClO), озон- и ксеноспленотерапии (ОТ и КСПТ) у 84 больных деструктивным панкреатитом в возрасте от 20 до 83 лет. Эффективность лечения оценивали по клиническим данным и клиничко-биохимическим лабораторным критериям эндотоксемии. Активность процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) определяли по концентрации в плазме крови малонового диальдегида (МДА) и интенсивности свечения плазмы, которую регистрировали хемилюминесцентным методом.

Установлено, что по мере нарастания воспалительно-деструктивного процесса в поджелудочной железе значительно возрастает уровень токсичных метаболитов в крови, увеличивается концентрация средне-молекулярных олигопептидов (в 2,4 раза) и МДА (в 1,8 раза) и на 42% интенсивность хемилюминесценции плазмы.

В основной группе больных в комплекс лечебных мероприятий включали инфузии 0,03–0,06% ЭNaClO, растворенного озона в концентрации 1,8–3,2 мг/л и методы КСПТ. По показаниям применяли зондовую интестинальную декомпрессию в сочетании с кишечным лаважем охлажденным озонированным раствором (концентрация озона 3–4 мг/л) в объеме 400–1200 мл/сут.

Своевременное (в первые двое суток) применение этих эфферентных методов способствовало устранению метаболических нарушений, ускоряло восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника. При этом на 3–6 суток раньше происходило снижение концентрации токсичных метаболитов в крови (среднемолекулярных олигопептидов, МДА) и активности ферментов гепатолитического синдрома (АЛТ и АСТ). Улучшение биохимических показателей сопровождалось позитивной динамикой кислородтранспортной функции крови и иммуномодулирующим эффектом. Ускорение реабилитации показателей гомеостаза способствовало купированию воспалительного процесса и снижало частоту инфицирования панкреонекроза, что позволило снизить на 17,8% летальность и уменьшить в среднем на 12 койко-дней продолжительность лечения больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

С. Л. Лобанов, О. Г. Коновалова, Л. С. Лобанов

г. Чита

Использование лапароскопии в диагностике острого панкреатита позволило сделать заметный шаг в правильной интерпретации клинических данных при болевом синдроме в верхнем этаже брюшной полости. Опыт свыше 2500 лапароскопий, проведенных в нашей клинике, свидетельствует тем не менее о значительных проблемах в диагностике и лечении данного заболевания.

Нами проведен анализ результатов лапароскопии у больных, направленных на исследование с диагнозом острый панкреатит после предварительного клинического и лабораторного исследования. Данная группа составила 183 человека. Визуальные изменения в брюшной полости, характерные для острого деструктивного панкреатита (отек корня брыжейки поперечноободочной кишки, серозно-геморрагический экссудат, очаги стеатонекрозов и т. д.), обнаружены у 75 больных (41%). Все эти изменения в значительной степени варьировали от самых незначительных до выраженных. У большинства больных после проведения лапароскопии изменений, характерных для панкреонекроза, не найдено, что подтверждено дальнейшим течением заболевания. Вместе с тем у 48 из них обнаружены явления токсического гепатита (26,1%), у 24 — признаки острого и хронического холецистита (13%).

Таким образом, использование лапароскопии позволило обнаружить признаки деструктивного панкреатита у 41% больных с острым панкреатитом, подвергнутых лапароскопии, что позволило в дальнейшем правильно построить лечебную тактику. 47 больным произведена под визуальным контролем новокаиновая блокада круглой связки печени и дренирование брюшной полости. Показанием к дренированию явилось наличие выпота в брюшной полости. После блокады круглой связки печени, болевой синдром исчез полностью у 20 пациентов, у остальных заметно уменьшился. Открытое оперативное вмешательство вследствие тяжелых деструктивных изменений в поджелудочной железе и ферментативного перитонита потребовалось в дальнейшем у 13 больных. Из них умерли 4 больных.

ОСНОВЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В ФАЗЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А. И. Лобаков, А. М. Фомин, А. М. Савов, В. Б. Грингауз, Ю. И. Захаров
г. Москва

Представлен опыт лечения 153 больных, переведенных в отделение абдоминальной хирургии МОНИКИ из больниц Московской области в фазе гнойных осложнений панкреонекроза в 1990—1998 гг. Мужчин было 115, женщин — 38. Возраст больных колебался от 16 до 38 лет. Больные поступили в клинику на $32,2 \pm 10,3$ дня от начала заболевания. Всем больным для оценки характера и распространенности гнойного процесса производим УЗИ и компьютерную томографию органов брюшной полости. В течение последних 10 лет в отделении абдоминальной хирургии МОНИКИ разрабатывается и все шире применяется метод чрескожного пункционного дренирования под контролем УЗИ и КТ при локальных гнойно-септических осложнениях панкреонекроза. Для дренирования ограниченных абсцессов сальниковой сумки, которое выполнено у 55 больных, считаем достаточным использование одного двухпросветного дренажа. При дренировании забрюшинных флегмон (12 больных) обязательно устанавливаем не менее 2 дренажей для осуществления проточного промывания. После установления дренажа для оценки адекватности дренирования, коррекции расположения дренажа и выявления гнойных «карманов» обязательно выполняем чрездренажную фистулографию. Рентгенологический контроль дополняем ультразвуковым исследованием для выявления недренированных полостей. В результате проведенных малоинвазивных операций клиничко-лабораторное улучшение наступило у 48 (87,2%) больных с абсцессами сальниковой сумки и у 10 (83,3%) больных с забрюшинными флегмонами. Общая летальность составила 1,4% (умер 1 больной). Длительность лечения этих больных составила 8—26 дней ($18,3 \pm 6,1$ дня). Основным принципом хирургического лечения при тотальном и условно ограниченном расплавлении поджелудочной железы с развитием забрюшинной флегмоны являлся достаточно «агрессивный» подход к коррекции гнойных осложнений панкреонекроза. У 78 больных (50,9%) после верификации диагноза выполняли абдоминализацию поджелудочной железы и производили некрсеквестрэктомии, включая забрюшинное пространство. Дренажи устанавливали таким образом, чтобы осуществлять постоянное проточное промывание сальниковой сумки и вскрытой забрюшинной флегмоны. У 8 больных с аррозивным кровотечением из селезеночной артерии была произведена дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией. Как правило, у половины больных в последующем требовалось проведение повторных ревизий сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Интервал между операциями составил $12,3 \pm 3,6$ дня. Однако мы не можем назвать подобную тактику этапными программируемыми ревизиями. Скорее, при панкреонекрозе мы следовали «в фарватере возникающих осложнений». Результаты лечения этого тяжелого контингента больных, на наш взгляд, обнадеживают. Умерли 22 больных, летальность составила 28,2%. Таким образом, выбор хирургической тактики при панкреонекрозе должен строиться в зависимости от фазы панкреонекроза, характера и распространенности гнойного процесса.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. Н. Лиценко, П. В. Попов, Е. А. Ермаков, Л. Л. Беспалов
г. Краснодар

За период 1997—1999 гг. нами наблюдалось 524 больных с острым панкреатитом различной этиологии. По степени тяжести состояния всех больных разделили на 3 группы — легкой, средней и тяжелой. У больных анализированы данные анамнеза, осмотра, физикального обследования, а также: лейкоцитарный индекс интоксикации, среднемолекулярные пептиды, амилаза, билирубин, аминотрансферазы крови. Каждый признак градуирован определенной величиной баллов. При сумме баллов 10—15 устанавливали легкую степень тяжести состояния, при 15—24 — среднюю, при 25 и более — тяжелую степень. Лечение больных легкой и средней степени тяжести состояния было консервативным. Больные с тяжелой степенью тяжести состояния были разделены на две группы: оперированных (43) и неоперированных больных (34).

У 42 больных, оперированных в разные сроки с момента заболевания, мы исследовали активность амилазы в забрюшинной клетчатке, на основании которой судили об активности других панкреатических ферментов. С этой целью интраоперационно производили забор 1—2 куб. см клетчатки, находящейся на расстоянии 5—8 см от поджелудочной железы. Активность амилазы определялась по методике Конвеля. В качестве нормальных уровней активности амилазы в забрюшинной клетчатке использованы величины, полученные у больных с различной другой острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Установлено, что в первые 5 суток с момента заболевания тяжелой формой острого деструктивного панкреатита активность амилазы в забрюшинной клетчатке превышает нормальное значение в несколько десятков раз. Учитывая это, можно заключить, что в указанные сроки в забрюшинной клетчатке под воздействием активных ферментов может происходить увеличение зон некроза.

За период 1997—1999 гг. нами использовалась тактика лечения, при которой больные с оценкой тяжести состояния 25 и более баллов оперировались на ранних сроках с момента заболевания (до 1—3 суток). При этом послеоперационная летальность составила 12,5%. В группе больных, которых оперировали лишь при неэффективности консервативной терапии, а также при развитии гнойно-некротических осложнений, летальность колебалась от 25 до 35%.

Исследование показывает, что оперативное вмешательство у больных с тяжелым течением острого деструктивного панкреатита (25 баллов и более) необходимо выполнять на максимально ранних сроках с момента заболевания. В ходе операции необходимо произвести декомпрессию забрюшинной клетчатки, мобилизацию поджелудочной железы, широкую марсупиализацию салниковой сумки и широкое открытое дренирование. Показанием к операции служит указанная сумма баллов диагностических критериев, находящихся в прямой корреляционной зависимости от уровня активности ферментов поджелудочной железы в забрюшинной клетчатке.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Р. З. Лосев, И. В. Горфинкель, М. Б. Хмара, Ю. В. Чирков, Д. Г. Рехен, А. С. Андреев
г. Саратов

С 1980-го по 1999 год в клинике госпитальной хирургии СГМУ по поводу панкреонекроза, осложненного перитонитом, оперировано 153 больных. Мы разработали принципы хирургического лечения панкреонекроза, снижающие риск развития осложнений и летальность при их возникновении. Больным выполнялась декапсуляция поджелудочной железы, некротсеквестрэктомия с помощью вакуум-аспирации, декомпрессионная холецисто- или холедохостомия, оментобурсопанкреатостомия, дренирование салниковой сумки Т-образной дренажной системой, позволяющей осуществлять постоянное промывание с активной аспирацией. В послеоперационном периоде проводили программные ревизии, вскрытие гнойников, секвестрэктомии через оментобурсопанкреатостому, избегая широкой релапаротомии. В случае возникновения свищей желудочно-кишечного тракта Т-образная дренажная система позволяла проводить промывание салниковой сумки с постоянной аспирацией кишечного содержимого. Это препятствовало возникновению мацерации, способствовало формированию трубчатого свища и его заживлению. Разработанная тактика хирургического лечения панкреонекроза позволила добиться снижения послеоперационной летальности до 8,1%.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ И МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

М. М. Магомедов, О. Г. Раджабов
г. Магачкала

Комплексное лечение деструктивного панкреатита проводим в зависимости от эндогенной интоксикации.

В стадии ранней эндогенной интоксикации, когда патогенетическим субстратом токсикоза является циркулирующие в крови и лимфе панкреатические ферменты, биогенные амины и другие вазоактивные вещества, полностью отказались от оперативного вмешательства, так как оно приводило к углублению эндотоксикоза и увеличению летальности.

Помимо стандартной схемы лечения больным по ранней стадии панкреатита обязательно применяем активную детоксикацию и закрытую перфузию лимфатической системы.

В стадии поздней эндогенной интоксикации основным методом лечения считаем в начале 3—5 часовую открытую перфузию лимфатической системы, а в последующем — оперативное вмешательство. Открытую перфузию проводим по следующей схеме. В начале проводим катетеризацию лимфатических сосудов на стопе, а потом дренирование ГЛП. В течение 10—12 ч. проводим лимфостимуляцию. Катетер из ГЛП удаляем спустя 8—10 ч. с момента операции. Реинфузию лимфы не проводим. 20 больным проведено комплексное лечение панкреатита с применением закрытой перфузии лимфатической системы и 18 больным — скрытую перфузию лимфатической системы с применением антибиотиков, антикоагулянтов и антиагрегантов. Проведение данного метода в комплексе у больных панкреатитом позволило добиться выздоровления у 25 больных.

Таким образом, тактика лечения больных деструктивным панкреатитом должна строиться в зависимости от стадии эндогенной интоксикации. На начальном этапе лучше применять в комплексе закрытую перфузию лимфатической системы, а на поздней стадии открытую перфузию лимфатической системы, а в последующем — операцию.

ЛЕЧЕНИЕ СЕПТИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕТИТА ДРЕНИРОВАНИЕМ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

М. М. Магомедов, А. А. Мухомов
з. Матачкала

В 1988—1998 гг. наблюдали 12 больных с панкреонекрозом и подтвержденным при операции некрозом перепанкреатических тканей, у всех больных были признаки сепсиса.

Из них 10 — в стадии септицемии и 2 — септикопиемии. Сепсис начался через 7—14 суток после приступа тяжелого панкреатита. В первую неделю после начала приступа острого панкреатита больные получали интенсивную терапию с подключением антибиотиков III—IV поколений, антиоксидантов, форсированный диурез, перфузию лимфатической системы.

Субтотальная панкреатэктомия произведена у 3 больных, перитонеальный лаваж — у 5. Возраст больных был равен 28—73 годам. У 8 больных панкреатит развился при желчно-каменной болезни, у 2 — на фоне алкоголизма, у 1 — после травмы, у 1 — при гиперлипидемии.

Диагноз септической фазы острого панкреатита был поставлен на основании следующих показателей: гиперлейкоцитоз с количеством нейтрофилов около 85%, повышение температуры тела выше 39°C, нестабильность гемодинамики, посев крови, увеличение потребности в переливаемых жидкостях для поддержания циркулирующей крови, анемия (при гемоглобине ниже 90 г/л) без признаков кровоточивости, нарушения дыхательной функции, признаки прогрессирования полиорганной недостаточности. Показания к операции ставили при наличии 6 и более из указанных выше критериев. У последних 3 больных в установлении показаний к операции и выявлении распространенности некроза применена компьютерная томография, у 2 — лапароскопия. У 2 больных для дренирования брюшинного пространства применена верхняя срединная лапаротомия, у остальных разрез в поясничной области (с одной — у 15%, а с обеих сторон — у 85%). При правостороннем разрезе брюшинное пространство обнажали позади печеночного угла толстой кишки и клереди от нижнего полюса правой почки, и слева — позади верхней половины нисходящей кишки и клереди от нижнего полюса левой почки.

Выбор стороны разреза зависел от локализации некроза брюшинного пространства. По достижении некротически измененных отделов брюшинного пространства удаляли (по возможности) некротические ткани, что делали тупым путем, а затем проводили лаваж брюшинного пространства (применяя 3 л и более промывной жидкости — гипохлорида натрия). С каждой стороны брюшинного пространства вводили дренажи из силиката, по которым проводили лаваж после операции. Старались изолировать брюшную полость от возможности попадания жидкости из брюшинного пространства, для чего избегали повреждения брюшины. Накладывали еюнотому для питания. Срединный разрез для ревизии брюшной полости и наложения еюнотом ушивали без дренажей. У 3 больных выявлено распространение некроза на область малого сальника, у них были произведены санация и дренирование малого сальника. В течение 5—9 дней больные получали парентеральное питание, затем назначали энтеральное питание. В целом по группе произведено 26 повторных операций (в среднем 1,8 на каждого больного).

У больных возникло 26 осложнений: дыхательная недостаточность у 94%, почечная недостаточность у 22%, желудочно-кишечное кровотечение у 22%, кровотечение из забрюшинного пространства у 6%, свищи развились у 33% больных, у двоих свищи были толстокишечными, у одного — в области тощей кишки. Для ликвидации свищей у одного больного было необходимо оперативное вмешательство, у троих свищи закрылись при консервативной терапии. Умерли трое больных (летальность — 25%). Главной причиной смерти была полиорганная недостаточность на фоне сепсиса.

К ВОПРОСУ О ДРЕНИРОВАНИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТАХ

В. Д. Мазунин

Краснодарский край

За последние 10 лет в хирургическом отделении находились на лечении 574 больных с острым панкреатитом (ОП), из них 69 пациентов (12%) имели деструктивные формы ОП — эта группа больных была подвергнута оперативным вмешательствам. Из них 43 женщины и 26 мужчин в возрасте от 23 до 82 лет. В 96% случаев больные поступали с давностью заболевания свыше 48 часов.

Среди всех оперированных пациентов у 38 (55%) имелся геморрагический панкреонекроз с явлениями разлитого перитонита и у 31 (45%) — гнойно-некротический панкреонекроз, также с явлениями разлитого перитонита, что и явилось основанием для производства оперативного вмешательства.

Необходимо отметить, что на фоне проводимой консервативной терапии с включением методов эфферентной терапии (УФО-крови, лазеротерапии, плазмофереза) при сохранении явлений перитонита перед хирургом прежде всего стоит вопрос о способе, объеме операции и методах дренирования брюшной полости.

В нашем отделении принята следующая тактика:

а) с учетом возрастных данных и наличия сопутствующей патологии проведение диагностико-лечебной лапароскопии для решения вопроса о необходимости перехода на лапаротомию или возможности выполнения лапароскопического дренирования;

б) при наличии желчно-каменной болезни — обязательная холецистэктомия с дренированием желчных путей, сальниковой сумки и брюшной полости;

в) при отсутствии калькулеза вопрос о дренировании желчных путей решался индивидуально путем наложения холецистостомы при признаках желчной гипертензии, проведения парапанкреатических блокад и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости;

г) при наличии тотального гнойно-некротического панкреонекроза проводились субтотальная панкреатнекрэтомия с дренированием желчных путей, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, установка проточных дренажей вдоль ложа поджелудочной железы и отграничивающих тампонов.

В результате применения данных методов нами проведено в 16 случаях лапароскопическое дренирование брюшной полости без разгрузки желчных путей. Сроки нахождения дренажей в брюшной полости составили 3—5 дней, сроки лечения — 14,7. Летальных исходов в этой группе больных не было. У 53 больных выполнена лапаротомия, у 8 — субтотальная панкреатнекрэтомия и дренирование. Как указано выше, умерли 6 больных все старше 65 лет; у 37 пациентов дренирующие операции сочетались с холецистэктомиями и дренированием желчных путей, умерли 4 больных; у 8 больных наряду с дренированием желчных путей и сальниковой сумки выполнялось рассечение панкреатической капсулы, умерли 2 больных. Общая летальность — 17,4%.

ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Макущенко, А. В. Ботов, А. В. Любавин, В. Ю. Кожин

г. Липецк

За последние четыре года пролечены 802 больных с острым панкреатитом, из них 116 — с панкреонекрозом. Диагноз верифицирован при лапароскопии, интраоперационной ревизии, ультрасонографии, компьютерной томографии.

Мы придерживаемся консервативно-выжидательной тактики. Панкреонекроз рассматриваем как частный пример раневого процесса, протекающего вторичным заживлением путем отграничения и лизиса некроза, с последующей регенерацией образовавшегося дефекта. Участие микробного фактора в этом процессе биологически обусловлено и играет позитивную роль. В некоторых случаях эта роль становится негативной, что клинически выражается как абсцедирование перипанкреатического инфильтрата или формирующейся псевдокисты. Сложность заключается в том, что клиническая картина перипанкреатического инфильтрата на 2—3-й неделе заболевания сходна с абсцедированием. Наш опыт показывает, что к концу 3-й недели инфильтрат редуцируется. Сохранение или увеличение болезненного инфильтрата, сопровождающегося фебрильной температурой и интоксикацией в срок свыше 3 недель, мы рассматриваем как абсцедирование.

Результаты. Хронический панкреатит развился в 34% случаев, мелкокистозная перестройка панкреаса — в 29%, кисты — в 27%, абсцесс — в 9%, массивный некроз забрюшинной клетчатки с кровотечением — в 1%. Выполнено 22 операции 15 больным по поводу поздних осложнений: вскрытие абсцесса — 15 операций одиннадцати больным; 4 операции двум больным по поводу геморрагических осложнений; 3 операции двум больным по поводу прорыва кисты. Умерли 4 больных: двое — на 2–4-е сутки и двое — от поздних осложнений. Летальность — 3,5%, послеоперационная (с учетом лапароскопических санаций) — 3,1%, летальность от поздних осложнений — 13%.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПРОГНОЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

И. С. Малков, В. Н. Коробков, Р. Ш. Шаймарданов, В. Н. Биряльцев,
Х. М. Халилов, А. К. Саетгареев
г. Казань

В настоящее время актуальным в лечении острого панкреатита является разработка доступных в широкой клинической практике методов оценки степени деструктивных изменений в поджелудочной железе.

В клинике общей и неотложной хирургии КГМА с 1995 г. производится интегральная оценка тяжести состояния больных по 5-балльной системе на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Предложенная интегральная оценка тяжести течения заболевания позволила выделить 3 группы больных.

В первую группу больных (28 пациентов) вошли 28 человек с abortивной формой панкреатита, в которой оценка степени тяжести не превышала 5 баллов. Из них у 20 больных консервативная терапия дала положительный эффект. Остальным больным проведены лапароскопические манипуляции.

Вторую группу составили больные с жировым и геморрагическим панкреонекрозом (24 пациента), степень тяжести которых соответствовала от 6 до 20 баллов. У 18 из них оперативные пособия с плановыми санациями некротических очагов поджелудочной железы и параколических клеточных пространств позволили достичь положительных результатов. У 6 больных (25%) из этой группы, несмотря на активную хирургическую тактику, нарастающая полиорганная недостаточность привела к летальному исходу.

Третья группа больных (16 пациентов), у которых балльная оценка превышала 20, нуждалась при поступлении в активной реанимационно-детоксикационной терапии, направленной на борьбу с панкреатогенным шоком, по выведению из которого у 8 больных применили оперативные вмешательства с положительным эффектом. У остальных 8 больных (50%) на фоне прогрессирования деструктивного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке нарастала полиорганная недостаточность, являвшаяся непосредственной причиной смерти.

Таким образом, интегральная оценка тяжести патологического процесса в поджелудочной железе и его влияния на жизненно важные функции организма позволяет определить объем комплексного лечения и вероятный прогноз заболевания.

ГИРУДОТЕРАПИЯ И РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. И. Малярчук, Ф. В. Базилевич, А. С. Габоян, В. П. Голова
г. Москва

Проведен анализ результатов лечения 179 больных с различными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике с 1992-го по 1998 годы. Большинство больных (65 %) составляли лица мужского пола, средний возраст — $49 \pm 1,02$ лет. Основным диагностическим методом явилась ультразвуковая томография (УЗТ). Лишь у 35 больных для постановки диагноза была применена лапароскопия.

Отдавая предпочтение методам консервативной терапии при панкреонекрозе, основными ее направлениями считаем: снижение ферментативной активности и внешней секреции поджелудочной железы; борьба с ферментной токсемией и водно-электролитными нарушениями; снижение давления во внутрипротоковой системе поджелудочной железы путем восстановления оттока; устранение микроциркуляторных нарушений и связанных с ними осложнений; предупреждение гнойных осложнений. Для достижения указанных задач нами использовались цитостатики, Н-2 блокаторы, атропинизация, различные виды новокаиновых блокад, ингибиторы протеаз, глюкозо-инсулиновая смесь, антибактериальные препараты и другие общепринятые методы.

Одним из новых методов, применяемых нами в комплексном лечении панкреонекроза, является гирудотерапия. Данная методика была включена в комплекс лечебных мероприятий у 41 больного с панкреонекрозом. При сравнительном анализе с группой больных без гирудотерапии получены следующие результаты: сокращение койко-дня на 20% и снижение себестоимости стационарного лечения на 18,5%. На завершающем этапе лечения панкреонекроза у 19 больных мы применили противовос-

палительную рентгенотерапию в суммарной дозе облучения до 3,0 Гр. После проведенного курса лечения в 90% случаев получены хорошие результаты.

В результате развития гнойных осложнений инвазивные методы лечения потребовались 43 больным. Из этого количества эхоконтролируемые вмешательства проведены у 14 больных. Эффективность данной методики составила 92 %. Показаниями к традиционному оперативному лечению панкреонекроза мы считаем лишь развитие обширных гнойных поражений или угрожающих жизни аррозивных внутренних кровотечений. В клинике было оперировано 29 человек, применялись дренирующие операции без вмешательств на поджелудочной железе.

Летальность при панкреонекрозе составила 12,2%, при этом в группе оперированных больных — 44%, а в группе, лечившихся консервативно — 6%. Отдаленные результаты лечения панкреонекроза прослежены в сроки от 6 месяцев до 5,5 лет. В группе больных, которым в дополнение применялись гирудотерапия и противовоспалительная рентгенотерапия, количество хороших результатов больше на 17%, а плохих — меньше в 2 раза.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. И. Малярчук, Ф. В. Базилевич, В. А. Иванов, А. С. Габоян
г. Москва

Ультразвуковая томография (УЗТ) занимает ведущее место в диагностике воспалительных заболеваний поджелудочной железы ввиду неинвазивности и высокой разрешающей возможности. В клинике разработана методика осмотра поджелудочной железы. При косо-продольном расположении датчика в правом подреберье на 3 см ниже реберной дуги и медиальнее правой подмышечной линии при направлении плоскости ультразвукового луча через гепатодуоденальную связку к головке поджелудочной железы осматриваются головка поджелудочной железы и окружающие ткани, ретродуоденальный и интрапанкреатический отделы общего желчного протока, включая область ампулы большого дуоденального сосочка (БДС). Преимуществом приведенной методики в диагностике панкреонекроза является возможность визуализации поджелудочной железы при парезе кишечника и выявления причины развития данного заболевания в случаях блокады на уровне ампулы БДС (вклинение конкремента, стеноз).

В клинике за период с 1992-го по 1998 год наблюдались 179 пациентов с панкреонекрозом, большинство из них составляли лица мужского пола (65%). Средний возраст — $49 \pm 1,02$ лет. В своей работе мы используем следующие критерии оценки эхографической картины деструктивно-воспалительных изменений в поджелудочной железе: размеры, эхоплотность, форма и эхоструктура поджелудочной железы и окружающих органов; контуры и подвижность органа (путем оценки передачи пульсации аорты); состояние салниковой сумки, желчевыводящих протоков, воротной и нижней полой вен. УЗТ позволяет не только установить поражение поджелудочной железы, но уже при первом исследовании выявить характер поражения.

При панкреонекрозе отмечаются следующие ультразвуковые признаки: значительное увеличение размеров железы, эхоструктура бедная, неомогенная, контуры железы нечеткие, размытые, плохая визуализация селезеночной и воротной вен, наличие эхонегативных очагов деструкции, плеврита, асцита. При формировании псевдокист поджелудочной железы определяется эхонегативный очаг с гладкими, четкими контурами, не имеющий эхопозитивной стенки.

Противопоказания к УЗТ практически отсутствуют, частота выполнения данного исследования у одного больного практически не ограничена, и поэтому очень важно то, что благодаря УЗТ стал возможен динамический контроль течения патологического процесса как в поджелудочной железе, так и в окружающих тканях, что имеет большое значение в случае панкреонекроза. Так, у 18 (1,3 %) пациентов при первом осмотре были выявлены изменения, характерные для отечной формы, но в последующем у них развилась клиническая картина панкреонекроза, что и было выявлено при динамическом ультразвуковом контроле.

УЗТ выполнена всем больным панкреонекрозом в течение первых двух суток с момента поступления. Достоверность УЗТ, по нашим данным, составляет 98,1 % (результаты исследования были в последующем подтверждены либо лапароскопией, либо оперативным вмешательством).

ПЛАЗМАФЕРЕЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Мамонтов, С. А. Полянский, К. К. Козлов
г. Омск

В период с 1995-го по 1999 год мы наблюдали 138 пациентов с панкреонекрозом (98 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 38 до 65 лет.

Всем больным проводили интенсивную инфузионно-трансфузионную, анальгетическую, спазмолитическую, антикоагулянтную, дезагрегантную, антипротектильную и антибактериальную терапию.

Плазмаферез проводили 58 больным (2-я группа). Программа плазмафереза включала в себя удаление 1,5–2 объема циркулирующей плазмы (ОЦП) (1000–1500 мм за одну операцию через день). Аферез плазмы производили непрерывно-поточным методом на аппарате «Cobe-Spectra» (США) и дискретным способом на рефрижераторной центрифуге PC-5. Проводили комплексное регулярное обследование больных: неинвазивное исследование гемодинамики, биохимические, ультразвуковые и рентгенологические исследования. Уровень эндотоксикоза оценивали по степеням по ряду параметров: 1. лейкоцитоз; 2. лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по А. Кальф-Калифу; 3. пул полипептидов средней молекулярной массы (ПСММ); 4. циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) по Диксону; 5. лихорадка свыше 38 градусов или гипотермия менее 36 градусов; 6. тромбоцитопения менее $150 \times 10^9 / л$; 7. креатинемия свыше 120 мкмоль/л.

Контрольную (1-ю) группу составили 80 пациентов, в программу лечения которых не был включен интенсивный плазмаферез.

Анализ данных, полученных в результате наших исследований, показал, что течение болезни во 2-й группе было благоприятным у 52 больных (87,9 %), лишь 6 из них (12,1 %) потребовалось оперативное лечение по поводу гнойно-септических осложнений. Выздоровление наступило у 56 больных, 2 погибли (летальность 3,4%). В первой группе осложнения наблюдались у 27 больных (33,7%). Из них умерли 13 (16,2%). Средняя продолжительность лечения в отделении реанимации больных 2-й группы была на 4,7 суток (34,1%) меньше, чем в 1-й группе.

Включение программного плазмафереза в интенсивную терапию панкреонекроза позволяет снизить выраженность эндотоксикоза, уменьшить количество гнойно-септических осложнений, продолжительность лечения и летальность.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ю. Б. Мартов, В. Ю. Мартов, А. Л. Горбунов, Ю. В. Стецук
г. Витебск

С 1996 года мы отказались от оперативных вмешательств в так называемые ранние сроки в фазе асептического некроза. За это время (1996–1999 гг.) в клинике на лечении находились 35 больных ОДП. Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения включала антибиотикотерапию, подавление желудочной и панкреатической секреции Н₂-гистаминоблокаторами (квamatел) или М-холинолитиками (атропин), сандостатином 0,1 мг 2-раза в сутки подкожно. Мы не применяем 5-фторурацил из-за его способности угнетать иммунитет. Ведущими методами в лечении ОДП считаем экстракорпоральную детоксикацию (ЭД) и у ряда больных продленную перидуральную анестезию (ППА). Показанием к ППА стали выраженный болевой синдром и тяжелый парез кишечника. Длительность анестезии не превышала 14 суток, осложнений не наблюдалось. ППА помимо быстрого купирования болевого синдрома способствовала также раннему восстановлению перистальтики кишечника и пассажа по ЖКТ. ЭД включала в себя неоднократные сеансы гемосорбции (ГМС) на биоспецифическом антипротеазном сорбенте «Овосорб» и мембранный плазмаферез (МП). Для стабилизации состояния применяем не менее трех сеансов ГМС. После первого сеанса ГМС нередко наблюдалось ухудшение состояния пациентов («постперфузионный синдром рециркуляции»), который может быть предотвращен адекватной предсорбционной подготовкой и повторной ГМС через 6–8 часов. Целесообразно начинать ЭД до развития тяжелой интоксикации.

С 1998 года мы применяем новый антипротеазный препарат «Овомин» в дозе 120.000 АТЕ внутривенно однократно и далее по 60.000–120.000 АТЕ каждые 6 часов. Чаще применяется сочетание «Овомина» и ГМС или МП, но, если из-за геморрагического синдрома мы вынуждены отказаться от проведения ЭД, «Овомин» с успехом применяли самостоятельно. Длительность лечения «Овомином» от 4 до 31 суток (в среднем 12,4). Неэффективность проводимой консервативной терапии не является показанием к лапаротомии. Современные методы ЭД позволяют, как правило, справиться с тяжелой эндогенной интоксикацией. Из 35 больных, находившихся в клинике в 1996–1999 годах, вынужденно оперированы 7; поводом стали разрыв несформировавшейся кисты (осумкованного оментобурсита) в брюшную полость — 4, флегмона забрюшинного пространства — 1, постнекротическая несформировавшаяся киста поджелудочной железы с нарушением пассажа по ЖКТ — 2. После операции умер один больной (послеоперационная летальность 14,3 %); трое больных умерли в первые сутки после перевода в клинику из ЦРБ, поступившие в крайне тяжелом состоянии; общая летальность от ОДП в 1996–1999 годах составила 11,2 %.

ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

В. И. Мидленко, О. В. Мидленко, С. Ю. Сиякин
г. Ульяновск

Целью нашего исследования явилась разработка метода профилактики постгастрорезекционного панкреатита и особенно его деструктивных форм с использовани-

ем управляемой симпатической денервации и магнитотерапии. Управляемая симпатическая денервация производилась путем катетеризации левого ретроплеврального пространства на уровне 7—8 грудных позвонков. Десимпатизация достигалась введением Sol. Novocaini 2% — 20 мл за 30 минут до операции. Оперативное вмешательство производилось в условиях первичной десимпатизации, которая осуществлялась также и в послеоперационном периоде. Магнитотерапия проводилась аппаратом «Магнитер» на область Th-7-8 грудного отдела позвоночника по 20 минут ежедневно в режиме переменного магнитного поля в течение 5—6 дней после оперативного вмешательства. Применение этих методик позволило ликвидировать основные патогенетические моменты в развитии панкреонекроза — микроциркуляторный спазм сосудов поджелудочной железы, дуоденостаз, протоковую гипертензию. В 1997—1998 годах в клинике госпитальной хирургии выполнено 133 резекции желудка по поводу осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эти больные составили первую группу. У 98 больных отмечалось кровотечение различной степени интенсивности. Пенетрация язвы в поджелудочную железу имела место у 52 больных. Постгастрорезекционный панкреатит развился у 48 больных (36%). Летальных случаев не было, однако у 3 (2,2%) больных развился панкреонекроз, что потребовало проведения релапаротомии. При проведении релапаротомии выполнялась санация, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, наложение переднего гастроэнтероанастомоза с соустьем Брауна. В 1999 году в клинике госпитальной хирургии было выполнено 90 резекций желудка по поводу осложненной язвенной болезни. Эти больные составили вторую группу. С целью профилактики послеоперационного панкреатита 15 больным этой группы была выполнена управляемая медикаментозная симпатическая денервация и магнитотерапия. Постгастрорезекционный панкреатит развился у 10 пациентов (11,1%), что в 3,2 раза меньше, чем в первой группе. Ни у одного больного, которому проводилась профилактическая управляемая медикаментозная симпатическая денервация и магнитотерапия, мы не наблюдали развития панкреонекроза, релапаротомии не производились.

Анализ результатов показал, что постгастрорезекционный панкреатит встречается у 36% пациентов язвенной болезни желудка и ДПК, и у 2,2% больных ведет к панкреонекрозу, что требует повторных оперативных вмешательств. Управляемая медикаментозная симпатическая денервация и магнитотерапия в предоперационном периоде и после резекции желудка позволяют в 3,2 раза уменьшить развитие в послеоперационном периоде острого панкреатита, предотвратить его переход в деструктивные формы.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Б. А. Мизаушев, И. А. Кубалов, Г. Б. Каиров, Б. М. Кукишев, М. Б. Хубиев
г. Нальчик

Нами разработан алгоритм организационных и лечебных мероприятий при поступлении больных с деструктивными формами острого панкреатита. I. Больные госпитализируются из приемного отделения в отделение реанимации и интенсивной терапии, минуя хирургическое отделение. II. Анестезиологи совместно с хирургами проводят полное клиническое обследование больных, которое включает: 1. Лабораторные клинико-биохимические исследования, включая определение альфа-амилазы в сыворотке крови и моче. 2. Инструментальные исследования (КТ; УЗИ органов брюшной полости; ФГС; рентгеноскопия органов грудной клетки; ЭКГ). III. Оценка полученных результатов. IV. Лечебные мероприятия: 1. Введение назогастрального зонда и лечебное голодание. 2. Катетеризация центральной вены. 3. Купирование болевого синдрома (длительная эпидуральная анестезия). 4. Ликвидация гиповолемии и гемодинамических расстройств (массивная инфузионная терапия в объеме 60—70 мл/кг в сутки растворами глюкозы с инсулином, кристаллоидов, низкомолекулярного декстрана, плазмой, альбумином, коррекция электролитов). 5. Ликвидация эндогенной интоксикации (обменный плазмаферез, 3—4 сеанса, объем эксфузии 1—1,5 л за один сеанс с восполнением потерь белка свежзамороженной плазмой), форсированный диурез после ликвидации гиповолемии, витаминотерапия. 6. Ультрафиолетовое или лазерное облучение крови. 7. Антиферментная терапия: а) уменьшение секреции (H₂-блокаторы, сандостатин, 5-фторурацил); б) ингибирование протеолиза и вазоактивных веществ (контрикал, гордокс и т.д.). 8. Профилактика гнойных осложнений — антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения, тиенам, метрогил). 9. Коррекция иммунных нарушений (тимические препараты, пентаглобин).

Из 1674 больных острым панкреатитом, находившихся в клинике с 1988-го по 1999 годы, деструктивные формы диагностированы у 273 (16,3%). Только комплексное консервативное лечение применено у 213 (78%) больных. При этом из 152 больных, лечившихся в клинике в 1988—1996 годы, умерли 36 (23,7%). Внедрение с 1997 года в клиническую практику приведенного алгоритма лечебных мероприятий позволило снизить летальность до 8,2% (из 61 больных умерли 5).

Прогрессирование панкреонекроза, гнойный панкреатит и абсцесс сальниковой сумки, развившиеся, несмотря на проводимую консервативную терапию, явились по-

казанием к операции у 60 больных (22%). При секвестрации поджелудочной железы у 34 больных выполнена панкреатонексеквестрэктомия (из них у 18 многократно через сформированную панкреатооментобурсостому). У 3 — дистальная резекция поджелудочной железы с удалением селезенки. При гнойном панкреатите и абсцессе сальниковой сумки у 23 больных производили вскрытие гнойника, санацию гнойных очагов и фронтальное дренирование сальниковой сумки с использованием прочно-промывных и аспирационных систем. Из 60 оперированных больных умерли 7 (11.6%).

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Ю. Мишин, А. А. Билокур, Г. М. Кондратова, Ю. А. Брюховецкий
г. Москва

В клиническом госпитале ГУВД г. Москвы с 1991-го по 1998 год пункционно-дренажным методом под контролем УЗИ было пролечено 26 больных.

Из них 14 пациентам были выполнены пункции (8) или дренирование (6) сальниковой сумки. Эвакуация патологического экссудата из сальниковой сумки уменьшает аутоинтоксикацию пациента, предупреждает непосредственное воздействие богатого протеолитическими ферментами выпота на ткань железы и парапанкреатическую клетчатку. Применение данного метода дает возможность также своевременно диагностировать переход процесса в стадию гнойно-септических осложнений. В этой группе больных дополнительных вмешательств не потребовалось 12 пациентам. Два пациента были оперированы в связи с прогрессированием воспалительного процесса.

Использование этого метода лечения целесообразно до выхода воспалительного процесса за пределы сальниковой сумки. При появлении симптомов раздражения брюшины, прогрессирующем ухудшении состояния пациента необходимо безотлагательно перейти к хирургическому вмешательству, направленному на полноценную санацию и дренирование сальниковой сумки, ретроперитонеальной клетчатки и брюшной полости.

Пункционно-дренажный метод санации абсцессов поджелудочной железы и гнойных полостей в парапанкреатической клетчатке, возникших в результате деструктивного панкреатита, был применен у 12 больных. Из них в 3 наблюдениях проводили пункционную санацию, в 9 — дренирование гнойных полостей. Объем абсцессов варьировал от 12 мл до 180 мл (в среднем 63,1 мл). У 9 пациентов малоинвазивные вмешательства оказались эффективными, в 3 наблюдениях потребовалось оперативное лечение. Сроки дренирования колебались от 7 до 30 суток и зависели от размеров гнойного очага и секвестрируемых тканей, течения деструктивного процесса в железе.

Мы считаем, что этот метод эффективен при ограниченных гнойниках, а также в послеоперационном периоде для санации остаточных гнойных полостей.

Осложнения были отмечены у 2 (6,3%) больных: в одном наблюдении имело место преждевременное выпадение дренажа, в другом сформировался наружный панкреатический свищ, закрывшийся самостоятельно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Ю. Мишин, А. П. Квезерова, А. А. Билокур
г. Москва

В клиническом госпитале ГУВД г. Москвы с 1990-го по 1999 год по поводу гнойных осложнений деструктивного панкреатита было оперировано 35 больных. Из них мужчин было 32, женщин — 3. Возраст пациентов колебался от 32 до 54 лет (в среднем 38,8 года). Умерли 11 больных, что составило 31,4%. У 31 больного острый панкреатит был алкогольного генеза и у 4 пациентов развился в раннем послеоперационном периоде после резекции желудка (2) и гастрэктомии (2).

Однократному оперативному вмешательству подверглись 27 пациентов, и 8 больным было выполнено 20 операций. Характер первичных операций по поводу деструктивного панкреатита был следующим: дренирование сальниковой сумки и брюшной полости — 2, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и декомпрессивная холецистостомия — 5, некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства — 13, вскрытие и дренирование локальных абсцессов поджелудочной железы или забрюшинных абсцессов — 7.

Первые два вида операций были выполнены при отсутствии свободно лежащих секвестров или четкой демаркации между мертвой и жизнеспособной тканью. 3 из 7 этих пациентов в дальнейшем подверглись релапаротомии. Ретроспективно оценивая результаты этих вмешательств, считаем, что они были выполнены преждевременно. В настоящее время мы отрицательно относимся к наложению разгрузочных холецистостом, выполненных превентивно. Опыт показывает, что только выраженная гипербилирубинемия при стойкой желчной гипертензии, подтвержденной данными

УЗИ, является показанием к операциям, направленным на дренирование желчных путей. Оптимальным вариантом считаем пункционно-дренажную чреспеченочную холецистостомию под контролем УЗИ. Это позволяет сохранить функционально полноценный желчный пузырь.

Релапаротомии выполняли по поводу прогрессирования гнойно-некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке или по поводу эрозивных кровотечений. Оперативные вмешательства заключались в некрсеквестрактомии, санации и дренировании гнойных полостей; пациентам выполняли люмботомии, дренирование забрюшинной флегмоны, бурсоментостомию. Из 8 пациентов, подвергнувшихся повторным операциям, умерли 6.

Используя привычный термин «некрсеквестрактомия», следует оговориться, что в настоящее время мы ограничиваемся удалением свободно лежащих секвестров, не стремясь к их иссечению, так как эта манипуляция нередко заканчивается трудноостановимыми кровотечениями, требующими гемостатической тампонады.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. С. Мухин, В. А. Буровкин, Ю. А. Майоров
г. Нижний Новгород

В основу настоящей работы положен опыт лечения 1323 больных с ОП в возрасте от 15 до 87 лет в клинике хирургии ИПО Нижегородской медакадемии за период 1995—1999 гг., из них умерли 44 больных (3,3%). Оперированы 172 человека (13%).

В клинике разработана программа ведения больных с ОП, которая включает в себя следующие принципы:

1) Проведение этапной схемы диагностического поиска с применением УЗИ, ФГДС, РКТГ, лапароскопии и лабораторных исследований.

2) Показаниями к операции являются: перитонит, гнойный панкреатит, деструктивный холецисто-панкреатит, ухудшение состояния больного на фоне консервативного лечения (с применением афферентной терапии) в течение 48—72 часов.

Радикальные операции выполнены у 98 человек с летальностью 17,4%; некрсеквестрактомии — у 9 больных (умерших не было), комбинированные дренирующие операции на желчных путях — у 47 (умерли 3), резекции поджелудочной железы (ПЖ) с сохранением селезенки — у 42 (умерли 14). Основным показанием к резекции являлся распространенный глубокий геморрагический или смешанный панкреонекроз (ПН).

Паллиативные операции (дренирование салниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства + холецистостомия) выполнены у 74 человек, из них умерли 16 (21,6%).

Послеоперационные осложнения (гнойные и полиорганные недостаточности) наблюдались у 55 больных (32%). Из 172 оперированных умерли 33 (19,2%).

При анализе результатов использования программы ведения больных с ОП были сделаны следующие выводы:

1. В диагностике и решении тактических вопросов наиболее информативны РКТГ и лабораторные исследования уровня эндотоксикоза в динамике.

2. В комплекс лечебных мероприятий должно быть включено применение озонотерапии, гипохлорита натрия, ГБО, экстракорпоральной детоксикации.

3. Операция является важным компонентом лечения тяжелого ПН. Некрсеквестрактомии — наиболее предпочтительные радикальные операции, выполняемые после 10 суток заболевания. При билиарном ПН необходима адекватная санация желчных путей, вплоть до папиллопластики. При резекции ПЖ следует стремиться сохранить селезенку. При паллиативных операциях широкое ретроперитонеальное дренирование должно сочетаться с декомпрессивной холецистостомией.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. П. Михайлов, А. М. Данилов, В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург,
А. Н. Напалков, В. С. Корелов, А. В. Коцеев
г. Санкт-Петербург

Проведение эндовидеохирургических вмешательств в любое время суток способствовало пересмотру лечебной программы при оказании помощи больным панкреонекрозом. В период 1994—1999 годов под нашим наблюдением находились 2118 больных с острым панкреатитом в возрасте от 21 до 90 лет. При наличии клинических признаков панкреонекроза, выраженной интоксикации у 128 больных были выполнены экстренные лапароскопические вмешательства, это позволило уточнить диагноз, оценить характер патологических изменений. В первые четверо суток заболевания удавалось вскрыть полость салниковой сумки, эвакуировать содержимое ее, у 19 пациентов рассечь париетальную брюшину вокруг поджелудочной железы, удалить экссудат из клетчатки забрюшинного пространства. В зависимости от выявленных

сочетанных патологических изменений выполнены эндовидеохирургические вмешательства (холецистэктомия с холедохостомией, декомпрессивная холецистостомия, холедохолитотомия с холедохостомией и т. д.). У больных, поступивших после четырех суток от начала заболевания, как правило, степень деструктивных изменений, их распространенность исключали возможность осуществить вскрытие сальниковой сумки из-за угрозы возникновения внутрибрюшного кровотечения, что послужило поводом у 38 больных перехода к лапаротомии. Во всех случаях хирургическое вмешательство завершалось декомпрессией внепеченочных желчных протоков, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение, включающее методы экстракорпоральной детоксикации, антибактериальные препараты, мероприятия по подавлению внешнесекреторной функции поджелудочной железы, профилактике эрозивно-язвенных поражений пищеварительного тракта.

Комбинированное лечение с использованием эндовидеохирургических вмешательств, позволило аргументированно построить лечебную программу, минимизировать травматичность хирургического пособия, купировать прогрессирование деструктивных изменений в поджелудочной железе на стадии асептического некроза, о чем свидетельствовали данные динамического ультразвукового и компьютерно-томографического исследований, предупредить развитие целого ряда осложнений панкреонекроза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Р. Б. Мумладзе, С. М. Чудных, И. Т. Васильев, М. П. Ерогин,
П. Н. Суховерхов, Н. А. Иванова, Н. Н. Булатов
г. Москва

Больные, прооперированные по поводу прогрессирующего панкреонекроза и при наличии гнойных постнекротических осложнений, составляют наиболее тяжелую группу, с наибольшей летальностью, достигающей по разным оценкам 40–60%. В городской клинической больнице им. С. П. Боткина с 1991-го по 1998 год было оперировано 120 больных.

Таб. № 1. *Послеоперационная летальность при остром панкреатите*

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Число оперированных больных	10	9	13	16	25	18	19	21
Летальность в %	50	33	23	25	23	27	31	33
Общая летальность 28,5 %								

Наибольшее распространение получили паллиативные (дренирующие) операции. Дренирующие операции при панкреонекрозе в основном направлены на удаление выпота из сальниковой сумки, содержащего активированные ферменты, продукты тканевого распада и мелкие тканевые секвестры. Дренирование осуществляется или несколькими дренажами, или многоканальным дренажом для осуществления регионарного лаважа и инфузии лекарственных растворов, в том числе и озонированного физиологического раствора, с целью повышения эффективности дренирующей операции и предотвращения постнекротических осложнений. Довольно часто некроз поджелудочной железы сопровождается ферментативным перитонитом, играющим значительную роль в развитии синдрома эндотоксикоза. И если при небольших объемах выпота брюшная полость (малый таз и подпеченочное пространство) дренируется одним-двумя дренажами, то в случаях разлитого гнойного перитонита возникает необходимость дренирования брюшной полости с целью проведения полноценного перитонеального диализа. Наиболее дискуссионным является вопрос о тампонировании сальниковой сумки при панкреонекрозе. В тех случаях, когда хирург во время операции видит гнойное пропитывание паренхимы поджелудочной железы или начало ее секвестрации, нетрудно предположить, что, несмотря на весь спектр лечебных мероприятий, эти процессы получат свое продолжение и встает необходимость создания широкого дренирующего канала. Именно в этих случаях можно с успехом применить марлевые, резино-марлевые тампоны или тампонаду сальниковой сумки по Микуличу. Кроме создания дренирующего канала тампоны обеспечат ограничение зоны воспаления от брюшной полости. Характер деструкции поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, распространенность зон некроза и присоединившаяся инфекция определяют форму постнекротических и гнойных осложнений: постнекротический инфильтрат, ложная киста, абсцесс ложной кисты, гнойный панкреатит, абсцесс железы, гнойная флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный оментит. Осложненные формы панкреонекроза, за исключением инфильтрата, требуют хирургического лечения — рационального использования дренирования и тампонирования сальниковой сумки, полости кисты или гнойника, парапанкреатической или забрюшинной клетчатки в сочетании с резекцией поджелудочной же-

лезы, удалением ее некротизированной части в пределах погибших тканей (секвестрэктомия) или жизнеспособных тканей (некрэктомия). При забрюшинных флегмонах дренирование и тампонирование наиболее рационально путем выполнения люмботомии с резекцией 12-го ребра (по Мельникову) или без резекции.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭНДОХИРУРГИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Р. Б. Мумладзе, Ю. Ш. Розиков, С. М. Чудных, А. Н. Комисаров, М. В. Чернов
г. Москва

Нами в 1999 году ОП диагностирован у 144 (11,1%) больных, занимая третье место среди urgentных патологий органов брюшной полости после острого аппендицита. При этом возрастной состав обследованных мужчин (82) и женщин (62) варьировал от 22 до 64 лет. Установление диагноза ОП проводилось на основании данных анамнеза, осмотра, УЗИ-сканирования и рентгено-лабораторных данных. Важным компонентом диагностики ОП было проведение экстренной лапароскопии и ЭГДС с обязательным осмотром ДС. Эндоскопические вмешательства при ОП использовались как с диагностической, так и лечебной целью, что имело существенное значение.

Комплексное обследование больных в ближайшие часы их поступления позволило выделить следующие формы ОП: отечная (30), геморрагическая (64), жировая (29) и смешанная (21). Ведущее место при уточнении диагноза ОП занимала видеолaparоскопия, в процессе которой выполнялся ряд вмешательств: а) блокада, дренирование круглой связки печени (82), брыжейки тонкой кишки (31); б) дренирование круглой связки печени и желчного пузыря (22); в) медикаментозная ваго-симпатическая денервация спирто-новокаиновой смесью (19); г) санация и дренирование малого сальника, сальниковой сумки брюшной полости (37). У ряда больных по показаниям проводилась вирсунготомия (17) с интрадуктальным введением далагина (7), рибонуклеазы (10). Подобная тактика, проведенная на фоне детоксикационной и антиферментной терапии, позволила добиться положительных результатов лечения в 76, 8% случаев. При тяжелых формах панкреонекроза (34) проводилось дренирование и тампонада сальниковой сумки с рассечением (11) и без рассечения капсулы поджелудочной железы (14); дренирование забрюшинного пространства через люмботомию (5); удаление некротизированных участков поджелудочной железы (4). В послеоперационном периоде с целью снижения количества повторных операций при панкреонекрозе с гнойно-некротическими полостями использовалась фистулоскопия для санации гнойных полостей и удаления секвестров из парапанкреатической клетчатки (4). Летальный исход в случае тотального панкреонекроза с высокой интоксикацией отмечен у 4, 86%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. И. Набеганов, В. С. Морозов, М. М. Кильдашев, И. В. Тихонов
г. Ульяновск

За 1980—1997 гг. у нас лечились 778 больных острым панкреатитом в возрасте от 17 до 86 лет: консервативно — 632 (81%), из них 2 (0, 3%) умерли — оба поступили в терминальном состоянии. Оперировано 146 (19%) больных.

Показаниями к операции были: перитонит, внутри- и забрюшинные абсцессы и флегмоны, прогрессирующая энцефалическая интоксикация и желтуха, деструктивный холецистопанкреатит, неэффективность консервативной терапии.

В первые 24 часа с момента поступления оперированы 52 (35, 6%), в первые трое суток 36 (24, 7%), остальные 58 (39, 7%) — на 4—15-е сутки.

Объем операции зависел от патоморфологических изменений и тяжести состояния больного. Отечная форма была у 25 больных, инфильтративно-некротическая — 28, гнойный — 66 и холецистопанкреатит — у 27 больных. Все оперированы под общим интубационным наркозом из верхнесрединного доступа.

При отечной форме и холецистопанкреатите выполнялись вскрытие сальниковой сумки, введение 0, 25%-ного раствора новокаина с контрикалом в парапанкреатическую клетчатку, холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому (у 20 — с отечной формой и у 27 — холецистопанкреатитом), дренирование сальниковой сумки и брюшной полости силиконовыми трубками. Умерли 3 (5, 9%). При деструктивном панкреатите — вскрытие сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки, санирование и дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости выполнено у 55 больных, из них у 35 — холецистэктомия с наружным дренированием холедоха — умерли 15 (27, 3%); у 26 больных проведена некр- и секвестрэктомия, вскрытие забрюшинных абсцессов и флегмон, а 16 из них — холецистэктомия с наружным дренированием холедоха — умерли 14 (54%). 13 больным выполнена первичная резекция тела и хвоста поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости, из них 4 — холецистэктомия с наружным дренированием холедоха — умерли 2 больных.

Послеоперационные осложнения развились у 66 больных; из них 22 оперированы повторно, в том числе 2 раза — 6; 3 раза — 5; 4 раза — 2 больных. Умерли всего 34 (23, 3%), с деструктивным панкреатитом — 31 (33%).

ПАНКРЕОНЕКРОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ф. Г. Назыров, Х. А. Акилов, А. В. Девятов, С. Агзамходжаев
г. Ташкент

За период с 1976-го по 1998 год из 272 больных циррозом печени, которым выполнено портосистемное шунтирование, послеоперационный период осложнился панкреонекрозом у 12, что составило 4, 4 %. У восьми больных это осложнение развилось после наложения проксимального спленоренального анастомоза с удалением селезенки, у одного — после дистального спленоренального, у одного — после латеролатерального спленоренального, у одного — после спленоренального шунтирования с использованием Н-образной вставки из внутренней яремной вены и у одного больного — после мезентерикокавального шунтирования. Следует уточнить, что у последнего больного панкреонекроз развился как следствие ревизии, мобилизации селезеночной вены и попытки наложения спленоренального анастомоза, которая оказалась безуспешной, и было выполнено мезентерикокавальное шунтирование.

Тромбоз портосистемного анастомоза как следствие этого осложнения развился во всех наблюдениях, асцит-перитонит — у 8 (66, 7%) больных. Релапаротомия была выполнена у 4 больных. Летальность в этой группе больных оказалась крайне высокой и составила 83, 3% (10 больных). Двое больных были выписаны из клиники, в течение шести месяцев оба погибли от рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Таким образом, панкреонекроз, даже очаговый, как осложнение послеоперационного периода портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией следует считать предельно серьезным, фатальным осложнением. На его предупреждение должны быть направлены все тактические, технические особенности выполнения шунтирующей операции, а также вспомогательная медикаментозная поддержка.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Ф. Г. Назыров, Х. А. Акилов, М. Х. Ваккасов
г. Ташкент

Под нашим наблюдением находились 147 больных (80 женщин и 67 мужчин) с распространенными формами панкреонекроза в возрасте от 21 до 80 лет.

Причиной острого панкреатита у 101 (68, 7%) больного были желчно-каменная болезнь, у 21 (14, 2%) — алкоголизм, у 22 (14, 9%) — травма поджелудочной железы, у 3 (2%) — сахарный диабет.

Из 147 больных 76 (51, 7%) были оперированы в первые сутки после госпитализации. Показаниями к экстренной операции явились деструктивный панкреатит в сочетании с деструктивным калькулезным холециститом и перитонитом, неэффективная консервативная терапия при прогрессирующем ухудшении состояния больных.

Некротический процесс в области головки (ПЖЖ) был диагностирован у 13 (8,8%), у 46 (31,2%) — в головке и теле, у 47 (31,9%) — теле и хвосте, у 41 (27,9%) — тотальное поражение ПЖЖ с образованием абсцесса сальниковой сумки (СС) и забрюшинной флегмоны. Местный перитонит выявлен у 19 (13,9%) больных, диффузный у 79 (53,7%), у 45 (31%) — разлитой перитонит.

При жировом панкреонекрозе в сочетании с деструктивным холециститом, у 46 больных выполнены широкое вскрытие СС, новокаиновая блокада ПЖЖ с добавлением контрикала, калсулотомия и дренирование СС. Операцию завершали холецистэктомией (ХЭК). При наличии желтухи дренировали общий желчный проток. У 36 больных субтотально-тотальным геморрагическим панкреонекрозом производили некротосеквестрэктомии, дренирование и тампонирование СС по типу «оментобурсостомы» в сочетании с ХЭК и дренирование холедоха. Из них у 22 больных выполнена абдоминализация ПЖЖ. При тотальном гнойно-геморрагическом панкреонекрозе с образованием абсцесса ПЖЖ и забрюшинной флегмоны характер операции заключался в широком вскрытии СС, некротосеквестрэктомии, оментобурсостомии с дренированием и тампонированием СС, вскрытии и санации забрюшинной флегмоны с подведением дренажной трубки и тампона к телу и хвосту ПЖЖ через люмботомический доступ (ретроперитонеостомы), холецистостомии. Такая операция нами выполнена у 41 больного.

В послеоперационном периоде проводились внутриаортальное введение лекарственных препаратов в сочетании с внутрисосудистой лазеротерапией и пролонгированный лаваж СС антисептическими растворами с добавлением контрикала и цистостатика.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были: прогрессирование синдрома полиорганной недостаточности (ПОН), прогрессирование панкреонекроза, панкреатический абсцесс, забрюшинная флегмона, аррозивное кровотечение, образование псевдокист ПЖЖ.

Послеоперационная летальность составила 19, 5%. Причинами летального исхода явились прогрессирующий синдром ПОН (19), прогрессирующая некротическая забрюшинная флегмона (5), профузное аррозивное кровотечение (4).

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Г. С. Натрошвили, В. Х. Коков
г. Кисловодск

Несмотря на многочисленные исследования, острый панкреатит по-прежнему остается сложной проблемой экстренной хирургии. Особенно разноречивы рекомендации лечебно-тактического плана. Достаточно привести данные о частоте оперативных вмешательств — от 2 до 20% и более. До 1990 г. мы придерживались активной хирургической тактики при лечении острого панкреатита. Показания к операции были общепринятые: невозможность исключить другую острую хирургическую патологию; прогрессирующий перитонит; прогрессирующая желтуха на фоне активного консервативного лечения; гнойный панкреатит.

За 1985—1989 гг. в отделении находилось 42 больных с острым панкреатитом, из них оперировано 59 (14,6%). Отечный панкреатит был у 28, деструктивный у 31. После операции умерли 22 больных. Общая летальность составила 5,4%, послеоперационная — 37%. Учитывая мнение многих исследователей и собственный опыт, мы убедились, что хирургическая тактика при остром панкреатите должна принципиально отличаться от других экстренных заболеваний, поскольку общепринятые вмешательства на ранних стадиях имеют в известной мере паллиативный характер, не ликвидируя источник перитонита. Невозможно также прогнозировать или остановить начавшийся процесс деструкции поджелудочной железы. Поэтому лапаротомии при ферментативном перитоните с успехом можно заменить малоинвазивными операциями. С 1990 года мы пересмотрели тактику лечения острого панкреатита, отдавая предпочтение консервативной терапии. Сегодня у нас показаниями к операции являются: 1) невозможность исключить другую острую патологию брюшной полости, 2) гнойные осложнения острого панкреатита. За период 1990—1999 гг. в отделении находился 971 больной, оперировано 92 (9%), умерли 14, общая летальность — 1,4%, послеоперационная — 15%.

Таким образом, сравнение результатов различной тактики хирургического лечения острого панкреатита за значительный период времени (5 и 10 лет) выявило явное преимущество активно-выжидательной тактики. Если учитывать уровень оснащения современных больниц (видеолапароскопия, УЗИ и др.), широкое применение дезинтоксикационных методов (УФОК, гемосорбция, плазмаферез и др.), эндолимфальное введение лекарственных препаратов, подобная тактика позволяет значительно снизить летальность по этой тяжелой категории больных. Что касается традиционной широкой лапаротомии при остром панкреатите, по нашему мнению, ее следует произвести только при наличии гнойно-некротических тканей в брюшной полости.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Г. Б. Никанорова, В. Н. Приезжева, Т. Е. Дубошина
г. Саратов

Эффективность лечебной хирургической тактики при панкреонекрозе зависит от сроков поступления больного в стационар, точности в диагностике стадии заболевания, своевременности топической диагностики при формировании гнойно-некротических осложнений.

Усовершенствование метода лечения ферментативной токсемии привело к тому, что больные, пережив первую стадию панкреонекроза, все чаще погибают от гнойно-некротических осложнений.

Особое место приобретает метод компьютерной диагностики в фазе гнойно-некротических осложнений. Полученные при КТ данные несут четкую информацию.

Было обследовано 48 больных с панкреонекрозом. Диагноз панкреонекроза устанавливается на основании утраты контуров поджелудочной железы и экстравазации экссудата в парапанкреатическую клетчатку. Методика внутривенного усиления изображения с помощью контраста позволяет точно установить зону некроза и отличить ее от остальной паренхимы поджелудочной железы.

Применяя КТ, мы выявили не только локализацию и распространенность некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, но и такие гнойные осложнения, как флегмоны забрюшинного пространства, абсцессы (внутриорганные и межпечельные), их размеры, число и локализацию. Подробности топического диагноза

позволили сформулировать рациональную хирургическую тактику, сделать вмешательство хирурга менее инвазивным, а течение послеоперационного периода благоприятным. Из 48 обследованных оперировано 34, умерли 2. Летальность составила 4%.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ПРОГНОЗЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В. И. Никитенко, В. С. Тарасенко, В. К. Есипов, А. И. Смолягин, А. В. Вальцев, Е. В. Попова
г. Оренбург

В развитии иммунологических нарушений, возникающих при экстренной хирургической патологии, имеют значение особенности патологического процесса, уровень интоксикации, наркоз, объем операции, исходное состояние защитных сил организма, развитие гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

С целью уточнения изменений иммунного статуса у больных панкреонекрозом, их взаимосвязи с развитием дисбиотического состояния и возникновением инфекционно-воспалительных осложнений проведены исследования в динамике у 142 больных.

При исследовании иммунологического статуса у 39 пациентов панкреонекрозом с явлениями перитонита на 1, 3—4, 7—8, 14, 21, 28—30, 35-е сутки послеоперационного периода выявлены значительные изменения на первой неделе в анализе крови (увеличение палочкоядерных и юных форм нейтрофилов, моно- и лимфоцитопения). Иммунный статус характеризовался в целом снижением содержания Т и В-лимфоцитов, ТФУ и ТФЧ-лимфоцитов и дисбалансом уровня сывороточных JG классов А, М, G, увеличением уровня ЦИК и резким возрастанием лактоферрина. В случае развития инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде наблюдалась выраженная депрессия В-звена, значительное снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов, ТФЧ- и ТФУ-лимфоцитов, более значительное падение концентрации JG M, при росте количества О-лимфоцитов и лактоферрина. У подавляющего большинства больных выявлялся иммунодефицит 2—3-й степени.

Для выяснения причастности индигенной микрофлоры к возникновению вышеуказанных осложнений проведены исследования микробиоценоза кишечника у 55 больных панкреонекрозом, при этом выявлены значительные отклонения в качественном и количественном составе бактериальной микрофлоры. Отмечалось резкое снижение бифидобактерий и лактобацилл с увеличением количества популяций *Escherichia coli* с лактозонегативными, слабоферментирующими и гемолизующими свойствами, ростом условно-патогенной микрофлоры (*Staphylococcus* sp., *Klebsiella* sp., *Proteus* sp.), что соответствовало дисбактериозу III—IV степени. Выраженность дисбиоза напрямую была связана с длительностью заболевания, билиарным генезом панкреонекроза и наличием перитонита.

В комплексном лечении 48 больных панкреонекрозом в послеоперационном периоде использован пробиотик (споробактерин) на основе *Bacillus subtilis*. Отмечено снижение гнойно-воспалительных осложнений общего и местного характера на 34,2%, улучшение иммунологических показателей (менее выраженный сдвиг в лейкоформуле, в системе Т и В-лимфоцитов, ЦИК), нормализация микробиоценоза кишечника.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Н. А. Никитин, В. А. Журавлев, Т. П. Коршунова, И. Н. Пересторонин, А. И. Злобин,
А. А. Головинкин, Е. Н. Касаткин, С. П. Ашихмин
г. Киров

Проведен анализ результатов хирургического лечения 134 больных панкреонекрозом (ПН) в возрасте от 23 до 92 лет за 1991—1999 гг. Мужчин было 65 (48,5%), женщин — 69 (51,5%). Первичный ПН, чаще всего алкогольной природы, диагностирован у 79 (59%) больных, вторичный — у 55 (41%). Геморрагический и смешанный ПН имел место у 92 (69%) больных, жировой — у 42 (31%). По распространенности процесса в 69% (93 случая) преобладали тотальные и субтотальные формы, поражение одной из областей железы было у 41 (31%) больного.

Почти 2/3 больных оперированы в первом периоде заболевания, остальные — во втором и третьем. Объем оперативного вмешательства определялся характером, локализацией, распространенностью патологического процесса, наличием осложнений, тяжестью состояния больного. Показаниями к марсупиализации считали инфицированные формы распространенных и локальных мелкоочаговых поражений, к абдоминализации железы — распространенные крупноочаговые некрозы поверхностного характера независимо от признаков инфицирования, к дистальной резекции железы — распространенные глубокие некрозы, также независимо от признаков инфицирования. Необходимым условием помимо вмешательства на железе в лечении ПН считаем выполнение адекватного дренирования сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства и в большинстве случаев — желчных путей.

При первичном ПН марсупиализация выполнена в 31 (39,2%) случае с 5 летальными исходами, абдоминализация железы — в 19 (24,1%) с 6 летальными исходами, дистальная резекция железы — в 22 (27,8%) с 5 летальными исходами, некрсеквестрэктомия — в 7 (8,9%) с 1 летальным исходом. В 48 (60,8%) наблюдениях операция дополнена холецистостомией, в 2 (2,5%) — холецистэктомией с наружным дренированием холедоха. Релапаротомии выполнены 11 (13,9%) больным: в 1 наблюдении потребовалась некрсеквестрэктомия, в 4 — дистальные резекции железы, в 4 — вскрытие абсцесса сальниковой сумки, в 2 — остановка арозивного кровотечения. Летальность в этой группе составила 21,5% (17 случаев).

При вторичном ПН выполнены следующие вмешательства на железе: марсупиализация — 30 (54,5%) наблюдений с 2 летальными исходами, абдоминализация железы — 19 (34,5%) с 7 летальными исходами, дистальная резекция железы в объеме 60–90% — 4 (7,3%) с 2 летальными исходами, некрсеквестрэктомия — 2 (3,7%) без летальных исходов. В 53 (96%) случаях вмешательство дополнено холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока, в 2 (3,7%) — холецистостомией. Релапаротомии потребовались 7 больным (одному — дважды): 3 раза выполнена некрсеквестрэктомия, 2 — дистальная субтотальная резекция железы, 1 — вскрытие абсцесса сальниковой сумки, 2 — остановка арозивного кровотечения. Летальность в группе составила 20% (11 случаев).

В целом послеоперационная летальность составила 20,8%.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

*В. А. Овчинников, В. А. Соловьев, С. Н. Авдонин, С. В. Романов, К. Г. Холоденик
г. Нижний Новгород*

Оперативное лечение больных с панкреонекрозом представляет собой одну из сложнейших проблем абдоминальной хирургии. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в экстренной хирургии поджелудочной железы, летальность больных панкреонекрозом продолжает оставаться высокой, что связано с отсутствием достаточно разработанных тактических подходов к лечению панкреонекроза.

За последние 5 лет в клинике общей хирургии им. А. И. Кожевникова Нижегородской государственной медицинской академии было проведено хирургическое лечение 48 больных с панкреонекрозом. Возраст пациентов варьировал в пределах от 30 до 70 лет, соотношение мужчин и женщин было примерно 2:1. Все больные были оперированы. Выздоровление наступило у 32, умерли 16 пациентов. Таким образом, летальность составила 33,3%. Вопрос о показаниях к оперативному лечению решался на основании клинических и лабораторных данных, ультразвукового исследования, компьютерной томографии и лапароскопии.

Одним из основных моментов оперативного лечения мы считаем выбор рационального оперативного доступа. Наиболее оптимальными, по нашему мнению, являются двухподреберный разрез или срединная лапаротомия с продлением разреза вправо и влево от нижнего угла срединной раны. Они обеспечивают возможность полноценной ревизии поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и клетчатки боковых каналов. Кроме того, подобные доступы позволяют осуществить адекватное дренирование всех затеков, и в процессе последующих перевязок в условиях операционной оценить состояние поджелудочной железы, клетчатки и выполнять поэтапные некрсеквестрэктомии. В раннем послеоперационном периоде всем больным проводилась внутриаортальная инфузионная терапия в объеме от 4 до 8 л. Инфузии проводились непрерывно в течение 4–12 дней. За счет подведения лекарственных препаратов к патологическому очагу в наименее измененном виде оказалось возможным эффективно воздействовать на эндогенную интоксикацию, тканевую гипоксию, нарушенные реологические свойства крови и снизить секреторную функцию поджелудочной железы. Внутриаортальные инфузии позволяют избежать перегрузки и застоя в малом круге кровообращения, к которым неизбежно приводит переливание значительных количеств жидкости в венозное русло, и снизить частоту послеоперационных осложнений.

ПЕРСПЕКТИВЫ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*В. И. Оноприев, Г. Ф. Коротыко, С. Э. Восканян
г. Краснодар*

Причинно-следственные связи в эволюции острого панкреатита (ОП), факторы, способствующие и препятствующие трансформации отечных форм заболевания в деструктивные, до настоящего времени остаются во многом не раскрытыми и спорными.

В эксперименте на 46 беспородных собаках впервые показано, что важнейшим и постоянным звеном патогенеза ОП является остро возникающее нарушение проходимости протоковой системы (ПС) поджелудочной железы (ПЖ) вследствие отложе-

ния в магистральных протоках ацидо- и фуксинофильных преципитатов, образующихся, вероятно, в результате модифицированного протоковым эпителием взаимодействия панкреатического сока с рефлюкс-агентами на фоне резкого повышения гидростатического давления. Блокада ПС ПЖ слизисто-белковыми преципитатами, по всей видимости, на определенном этапе развития заболевания играет протективную роль, препятствуя прогрессированию интрапанкреатического рефлюкса, и при abortивном течении ОП — транзиторна (в этих случаях пробки подвергаются лизису спустя 3—10 час. с момента моделирования ОП). Однако в случаях резкого и неуклонного роста внутрипротокового давления (фульминантный ОП) экструзионная способность ПС восстанавливаться не успевает, и протоковая блокада провоцирует развитие панкреонекроза, что подтверждается преимущественной деструкцией тех отделов железы, которые дренировались протоками, окклюзированными слизисто-белковыми преципитатами. Кроме того, препятствие для экструзии панкреатического сока может являться немаловажным фактором, детерминирующим высокую энзимопроductирующую активность ПЖ при ОП. Комплексное морфологическое и гистотопографическое исследование 52 ПЖ людей различных возрастных групп, умерших в результате несчастного случая, позволило впервые установить наличие клапанного аппарата в ПС ПЖ, играющего ведущую роль в регуляции внутрипротоковой секретодинамики, экструзии панкреатического сока, а также в обеспечении защитных и антирефлюксных свойств дуктальной системы органа. Выделение на основании значений коэффициента состоятельности клапанного аппарата (КСКА) его адаптированных и дезадаптированных форм позволяет высказать предположение об определяющей роли дисфункции клапанов в развитии деструктивных форм ОП. По-видимому, трансформация отечных форм ОП в деструктивные в подавляющем числе случаев возможна лишь при условии наличия у больного выраженной клапанной недостаточности по гипертензионному типу (предельно низкие величины КСКА). При этом клапаны не способны оказать адекватного сопротивления росту гидростатического давления в секреторном отделе ПС (вставочные протоки и концевые отделы железы), в значительной степени подверженного механической и ферментной травме. Несмотря на то что истинную роль нарушения проходимости дуктальной системы вследствие внутрипротоковой преципитации, а также дисфункции клапанного аппарата в генезе деструктивного панкреатита еще предстоит исследовать, на сегодняшний день очевидным представляется несомненная важность полученных сведений для практической панкреатологии.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ ТОРМОЖЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОГО БАЗИСА К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ)

В. И. Оноприев, Г. Ф. Коротко, С. Э. Восканян
г. Краснодар

Экспериментальное изучение регуляции экзоклеточной деятельности ПЖ с двенадцатиперстной кишки (ДПК) позволило выявить вариант обратного торможения панкреатической секреции, отличающийся экстремностью, выраженностью, стойкостью и неселективностью угнетения всех компонентов панкреатического сока в ответ на интрадуоденальное введение макродоз (0,1—0,8 мг/кг) протеолитических ферментов. На основании полученных данных разработан способ угнетения панкреатической секреции — интрадуоденальная энзимологическая коррекция (ИДЭК), осуществляемый путем фракционной перфузии ДПК раствором трипсина посредством зондовых систем и обладающий значительной широтой режимов дозирования в зависимости от выраженности ОП и индивидуальных особенностей тормозного ответа на интрадуоденальное введение фермента, а также хемосенсибиленности активных зон ДПК. В эксперименте показана достоверно более оптимальная, чем в контрольных группах (контроль 1 — гипотермия, атропин, контрикал, аминокaproновая кислота; контроль 2 — сандостатин), быстрая и стойкая нормализация активности амилазы, трипсина, липазы в крови, купирование явлений внутрипротоковой гипертензии и системных метаболических расстройств у собак с применением ИДЭК. Отмечена значительно более умеренная, чем в контрольных группах, деструктуризация ПЖ и раннее восстановление ее морфологического статуса:

нивелирование воспалительных, дистрофических и микроциркуляторных расстройств, деблокирование протоковой системы, отграничение очагов деструкции, элевация значений ядерно-цитоплазматического отношения. Предварительные клинические результаты применения эндоскопически ассистированной ИДЭК у больных ОП показали высокую эффективность метода в купировании патологической гиперферментемии, повышении адаптационной реакции на повреждение и ингибирующих свойств сыворотки, а также в борьбе с эндотоксикозом и полиорганной недостаточностью, засвидетельствовали его значительные терапевтические возможности, относительную простоту, безопасность, доступность и дешевизну, что предопределило более легкое, abortивное течение заболевания, раннее восстановление общеклинического статуса больных, снижение числа осложнений и сокращение среднего койко-дня.

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТИНТЕРВЕНЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПРЯМЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

В. И. Оноприев, Г. Ф. Коротко, М. Л. Розаль, С. Э. Восканян
г. Краснодар

Развитие острого панкреатита (ОП) после прямых операций на поджелудочной железе (ПЖ) остается одной из ведущих причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения хронического осложненного панкреатита и новообразований панкреатодуоденальной зоны, что предопределяет безусловную актуальность поиска эффективных мер периоперационной профилактики постинтервенционного панкреатита.

На основании новых данных о регуляции экзокреторной деятельности ПЖ (Г. Ф. Коротко и соавт., 1988 — 1999) в эксперименте на 20 беспородных собаках разработан способ профилактики развития постинтервенционного панкреатита после прямых операций на ПЖ — интрадуоденальная энзимологическая коррекция (ИДЭК), заключающийся в фракционном орошении двенадцатиперстной кишки (ДПК) растворами протеолитических ферментов посредством интраоперационно установленных в ДПК зондовых систем и направленный на воспроизведение неселективного варианта обратного торможения панкреатической секреции.

Экспериментальными исследованиями в совокупности с клиническими констелляциями показано, что ОП той или иной степени выраженности является непременным следствием прямого вмешательства на ПЖ. Установлено, что фракционное орошение ДПК раствором трипсина приводит к стойкому угнетению панкреатической секреции в послеоперационном периоде у животных, перенесших прямые вмешательства на ПЖ. Отчетливое протективное действие предлагаемого способа профилактики ОП проявлялось отсутствием сколько-нибудь существенных колебаний активности маркеров воспаления ПЖ в крови (амилазы, трипсина, липазы), а также незначительной и транзиторной гистиоцитарной реакцией. Сравнительный анализ результатов профилактики ОП при помощи ИДЭК и сандостатина (100 мкг через 8 часов п/к) показал существенные преимущества первого: достоверно ($p < 0,05$) более оптимальные показатели активности панкреатических ферментов в крови, менее выраженные клеточная дистрофия и воспалительная инфильтрация тканевых элементов, незначительные и кратковременные микроциркуляторные расстройства, достоверно более высокие показатели кариотоплазматического индекса. Это позволило свести к минимуму вероятность развития панкреонекроза у собак после прямых операций на ПЖ. С использованием метода гистотопографии явления деструкции ткани железы при проведении профилактики ОП сандостатином были обнаружены в 33,3%, а при применении способа ИДЭК — лишь в единичных случаях, при этом площадь тканевой девитализации в основной группе была достоверно меньше по сравнению с контрольной, а очаги некроза не имели тенденции к распространению и были четко ограничены. В результате клинической апробации способа ИДЭК в качестве превентивной меры развития ОП у больных, перенесших пилоросохраняющую панкреатодуоденальную и медиальную резекции ПЖ, отмечено уменьшение числа послеоперационных осложнений, снижение госпитальной летальности, сокращение сроков реабилитации и времени пребывания в стационаре, снижение себестоимости лечения.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

В. А. Панов, А. И. Безносков, А. И. Марков
г. Санкт-Петербург

В течение 5 лет проводилось лечение 687 больных с острым панкреатитом. У 611 больных (88,9%) наблюдался отечный панкреатит, не требовавший оперативного лечения.

У 76 (11%) больных имелся панкреонекроз с нарастающей интоксикацией. У 24 (31,3%) больных панкреонекроз сочетался с обтурационной желтухой, причиной которой у 9 (38,2%) больных являлся отек головки железы со сдавлением терминального отдела холедоха, а у 15 (62,8%) — холедохолитиаз, ущемление камня в большом дуоденальном сосочке. Нагноение псевдокист поджелудочной железы наблюдалось у 48 больных.

Во время операции у 25 (32%) больных выявлен жировой панкреонекроз, у 67,1% больных — геморрагический панкреонекроз с ферментативным перитонитом. Некроз различных отделов железы имел место у 62 пациентов: головки — у 12; тела — у 12; хвоста — у 28; различные сочетания — у 17 пациентов. В 18,4% случаев имела место флегмона забрюшинной клетчатки.

Ранние операции выполнены 76 больным. 15 пациентам (19,7%) произведена лапароскопическая холецистостомия с санацией и дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. Традиционная лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости, сальниковой сумки, марсупиализацией выполнены у 68 больных.

Операции на желчном пузыре и протоках были выполнены у 24 больных:

у 9 больных сформирована холецистостома; у 9 — холецистэктомия, холедохотомия, наружное дренирование холедоха; у 6 — холецистэктомия, папиллосфинктеротомия.

Операции в фазе расплавления и секвестрации панкреатических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки выполнены у 7 (8,3%) больных.

Повторные операции обычно выполняли через две недели после первого вмешательства.

Общая летальность у больных с острым панкреатитом составила 3,6% (25 больных), послеоперационная — 39,6% (21 больной) и в основном была связана с прогрессирующей интоксикацией и полиорганной недостаточностью.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. А. Пархисенко, А. А. Глухов, И. П. Мошуров
г. Воронеж

Проанализированы результаты лечения 512 пациентов с деструктивными формами острого панкреатита (ОП). Сроки поступления больных от начала заболевания: до 3 суток — 86 пациентов; от 3 до 7 суток — 317 и позднее 7 суток — 109. Стерильный панкреонекроз (ПН) имелся у 173 больных, инфицированный ПН и панкреатогенные абсцессы — у 339 (Международная классификация ОП, Атланта, 1992). С целью верификации диагноза и динамического контроля за течением ОП используем ультразвуковое сканирование, компьютерную томографию, видеолапароскопию (ВЛС), пункцию паранекротических жидкостных образований под контролем ультразвукового сканера, балльные системы APACH-II, Ranson.

На основании накопленного опыта нами отработана тактика ведения больных с ОП, которая схематично может быть представлена следующим образом. При наличии признаков острого перитонита в срочном порядке выполняем оперативное вмешательство согласно общепринятым принципам. Во всех остальных случаях лечение начинаем с консервативных мероприятий (антибактериальная, инфузионная, общеукрепляющая терапия, назначение ингибиторов протеолитических ферментов, цитостатиков, сандостатина, стиламина и др.). При отсутствии положительной динамики в течение 12–24 часов (при наличии полиорганной недостаточности (ПН)) и 24–48 часов (при отсутствии ПН) от момента поступления больного в клинику и начала консервативной терапии считаем показанным проведение ВЛС с обязательным осмотром полости сальниковой сумки. При отечной форме ОП ВЛС заканчиваем санацией и дренированием сальниковой сумки. В случае визуально определяемых очагов некроза (ПЖ), нарастании ПН переходим на открытый метод. Выполняем минилапаротомию, обеспечивающую адекватный доступ к сальниковой сумке и возможность мануального исследования ПЖ. При наличии очагов ПН производим гид-ропрессивную дозированную некрэктомию (ГДН) и тунеллирование прилежащей зоны поджелудочной железы ПЖ. По показаниям выполняем резекцию пораженных фрагментов ПЖ. Операцию заканчиваем дренированием сальниковой сумки и формированием канала, отграниченного от остальных отделов брюшной полости, для последующего проведения программируемых эндоскопических санаций. С целью создания оптимальных условий для отторжения некротических масс решаем вопрос о необходимости люмботомии. При наличии флегмоны забрюшинного пространства проведение люмботомии считаем абсолютно показанным. В 85 случаях имел место инфицированный ПН, характеризующийся резким уплотнением ПЖ без видимых очагов ПН. Данную форму в прогностическом плане считаем одной из самых неблагоприятных. На наш взгляд, эффективным методом лечения указанной патологии является оперативное вмешательство открытым методом, заключающееся в проведении продольной панкреатотомии. По возможности оперативное вмешательство дополняется дренированием вирсунгова протока. Во всех случаях лечения ПН уделяем особое внимание показаниям к декомпрессии желчевыводящих путей и антеральной детоксикации организма.

Указанная выше тактика применена у 117 пациентов с деструктивными формами ОП, что позволило снизить летальность с 57,1 до 32,4%.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ (ЭУС) ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ (ОНП)

Ю. М. Лактеев, С. Ю. Орлов, А. Г. Мельников, В. А. Душкина
г. Москва

В течение последних 10 лет ЭУС зарекомендовала себя в качестве высокоточного метода диагностики таких заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), как опухоли и хронический панкреатит. Однако возможности ЭУС в диагностике острого панкреатита (ОП) и, в частности, его деструктивных форм практически не изучены.

Цель исследования: определить эндосонографическую семиотику некротического панкреатита.

Методы: среди 84 пациентов с ОНП, находившихся на лечении в клинике с 05.98 г. по 09.99 г., ЭУС была выполнена у 17 (мужчин—7, женщин—8, возраст колебался от 20 до 71 года). У 8 больных был билиарный ОНП, у 8 — алкогольный, у 1 — посттравматический. Обследование до проведения ЭУС включало ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию с ангио-усилением (ангио-КТ), на основании результатов которых интерстициально-отечный ОП был обнаружен у 3 пациентов, ОНП — у 14, вовлечение в воспалительный процесс забрюшинной клетчатки имело место у 11 больных. Консервативную терапию ОНП провели 7 больным, лапароскопический лаваж брюшной полости — 4, хирургическую операцию в объеме некрэктомии — 6 пациентам. ЭУС выполняли при помощи эхоэндоскопов GF и JF UM-20 (Олимпас, Япония) через 6—96 часов после поступления пациента в клинику.

Результаты: на основании ретроспективного анализа данных ЭУС у всех 17 больных обнаружили некротические изменения в ПЖ; вовлечение в процесс забрюшинной клетчатки выявили у 12 (70,6%) пациентов. Полную информацию о состоянии внепеченочных желчных протоков получили у 10 больных (58,8%), у остальных вследствие обширных некротических изменений головки ПЖ и окружающих тканей удалось обследовать только проксимальную половину желчевыводящего тракта. Сравнение данных ЭУС с результатами УЗИ, ангио-КТ, хирургической операции и аутопсии позволило очертить следующие ЭУС-признаки ОНП, которые были обнаружены у 82,3—100% больных: увеличение различных отделов ПЖ >3 см; нечеткость и неровность контуров ПЖ; гиперэхогенность поверхности ПЖ, плавно переходящая в неоднородную, гипоэхогенную тканевую массу на всю толщу железы; отсутствие характерного «панкреатического рисунка» паренхимы органа; жидкость в брюшной полости и салниковой сумке. При ЭУС очаги некроза паренхимы ПЖ у 11 пациентов определялись как множественные, неправильной формы анэхогенные зоны диаметром >5 мм без четких контуров, но с более эхогенным передним контуром, расположенные непосредственно в толще железы, иногда внутри этих некротических зон выявляли секвестры ПЖ и/или пузырьки газа (признак инфицирования). Отек паранкротической клетчатки изображался в виде «слоеного пирога». Кроме того, невозможность осмотреть правую и/или левую почку, магистральные кровеносные сосуды указывала на наличие тяжелого паранкротита.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Т. Ф. Петренко, О. В. Андреев, Ю. П. Троханов, Г. М. Коротаев, В. Б. Ухарский, С. В. Шерокин.
г. Ярославль

Гнойно-септические осложнения (ГСО) острого панкреатита (ОП) среди причин летальности при этой патологии занимают первое место (42—65%). Под нашим наблюдением за период 1993—1998 гг. находились 64 больных с ГСО при ОП. Гнойно-септические поражения развивались как в самой железе, так и в окружающей клетчатке, в соседних и отдаленных органах. Развитию ГСО способствовали: 1) тотальное-субтотальное поражение поджелудочной железы (ПЖ); 2) позднее поступление больных с ОП; 3) ранние и неадекватные операции при ОП; 4) гнойное поражение внепеченочных желчных ходов; 5) неадекватная антибиотикотерапия.

Для диагностики ГСО при ОП в клинике применялись ФГДС, УЗИ и КТ-диагностика, в отдельных случаях в сочетании с пункцией. Однако чаще всего точная топическая диагностика решалась во время оперативного лечения. У всех больных отмечались гнойное поражение ПЖ, околоподжелудочной и забрюшинной клетчатки в сочетании с внутрибрюшными абсцессами — 17 (26,6%); кровотечением в свободную брюшную полость — 13 (20,3%); разлитым гнойным перитонитом — 10 (15,6%); свищевым и раневым истощением, сепсисом — 13 (20,3%); перфорациями и кровотечением из острых язв желудочно-кишечного тракта — 13 (20,3%); кишечными свищами — 11 (17%); ранней спаечной кишечной непроходимостью — 3 (4,4%) больных. У большинства больных отмечались от 2 до 4 вышеуказанных осложнений.

Основа успеха оперативного лечения ГСО при ОП зависит от сроков выполнения операции (в среднем 14-е сутки) и адекватного выполнения операции с дренированием всех гнойных полостей и затеков, так как санация гнойно-некротической флегмоны с секвестрами — успех на благоприятный исход.

При выполнении операции по поводу ГСО при ОП необходимо производить повторную ревизию всех ранее вскрытых гнойников и затеков с дополнительной некрэксеквестрэктомией. Операция в этих случаях заканчивается вшиванием салниковой сумки в переднюю брюшную стенку.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАЦИОНАЛЬНОЙ ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. А. Петухов
г. Москва

Деструктивный панкреатит, как показали наши исследования, заканчивается формированием особой формы поражения поджелудочной железы — хроническим по-

стнекротическим панкреатитом, основным проявлением которого является в разной степени выраженности синдром малассимиляции. Для лечения имеющихся патологических сдвигов, как правило, используют ферментозаместительную терапию. При этом оптимальный выбор ферментного препарата для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы зависит от спектра активности лекарственных средств, их фармакокинетических характеристик, безопасности, переносимости и стоимости.

Низкая эффективность ферментозаместительной терапии при панкреатите обусловлена, на наш взгляд, нерациональным выбором препарата, что можно объяснить, по крайней мере, тремя причинами: влиянием рекламных кампаний фармацевтических фирм, недостаточной подготовкой врача и чрезмерными требованиями пациента к проводимому лечению.

Наиболее оптимальным препаратом является креон, что позволяет нам рассматривать его в качестве средства первого выбора при лечении внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы.

Наш опыт использования креона в качестве реальной ферментозаместительной терапии хронического постнекротического панкреатита основан на применении его по 1—2 капсулы 3—4 раза в течение длительного времени.

По нашим данным, длительность лечения больных хроническим постнекротическим панкреатитом не ограничивается конкретным временным промежутком, и доза препарата может быть уменьшена, однако прерывать курс ферментозаместительной терапии нецелесообразно, т. к. поджелудочная железа практически никогда не восстанавливает свои нормальные функции даже после относительно «легкого и благоприятного» исхода панкреатита.

ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ И ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. А. Полянцева, С. А. Растрюгин, А. М. Линченко, В. А. Исавлев, О. И. Маркина,
В. И. Киреев, В. П. Губарев

Кафедра общей хирургии им. А. А. Полянцева Волгоградской медицинской академии

Одним из самых сложных разделов ургентной хирургии в настоящее время остается проблема лечения панкреонекроза. Несмотря на определенные успехи в лечении больных на стадиях панкреатогенного шока и функциональной недостаточности паренхиматозных органов, остается высокой летальность в стадии гнойных осложнений, достигая, по данным ряда авторов, 25—40 %.

Очевидно, что лапаротомии, вскрытия и дренирования абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства недостаточно для выздоровления пациента. Большое значение в лечении этой группы больных наряду с традиционной терапией имеют методы экстракорпоральной детоксикации и гипербарическая оксигенация.

В клинике общей хирургии им. А. А. Полянцева Волгоградской медицинской академии за последние 5 лет находились на лечении 35 больных панкреонекрозом. Из них женщин — 21, мужчин — 14. Возраст больных колебался от 25 до 65 лет. Средний возраст больных составил 43,5 года. Всем больным после проведенной подготовки в течение 12—72 часов была выполнена широкая лапаротомия (релапаротомия), вскрытие и дренирование абсцессов. Всем пациентам проводилось комплексное лечение, включавшее антиферментную эндолимфатическую терапию, форсированный диурез, экстракорпоральные методы детоксикации и ГБО.

Эфферентная терапия проводилась в раннем послеоперационном периоде. Показаниями к ее назначению являлись общее состояние больного, клинко-биохимические показатели и уровень эндотоксикоза, о выраженности которого судили по концентрации в плазме больных олигопептидов средней массы. Выполнялись 2—3 сеанса гемосорбции (ГС) с ультрафиолетовым облучением крови (УФО) с интервалом через день или плазмаферез (ПФ). Использовали дискретный метод плазмафереза через день с эксфузией до 800—1000 мл плазмы ПФ сочетали с УФО крови. Плазмотерию компенсировали солевыми растворами и нативной плазмой.

Гипербарическую оксигенацию также начинали с первых суток послеоперационного периода. Среднее количество сеансов составляло 3—4, при необходимости — до 10. Давление в камере — от 1,2 до 2,2 ата. Длительность сеанса в зависимости от возраста больного, общего состояния, сопутствующей патологии составляла от 30 мин до 1,5—2 часов. Проводилась интегральная оценка эффективности лечения на основании отсутствия или наличия сердечно-сосудистой недостаточности, отсутствия дыхательной недостаточности или оценки ее динамики, данных общего состояния больного на основании клинических и лабораторных данных. За этот период умерли 5 оперированных нами больных, что от общего числа пациентов составило 17,5%.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УГРОЗОЙ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

В. Ю. Погребняков, П. А. Иванов

г. Чита

Мы располагаем собственным опытом применения малоинвазивных вмешательств в лечении 18 больных с панкреонекрозом и 83 больных с ложными кистами поджелудочной железы.

При малоинвазивном чрескожном дренировании отграниченных парапан-креатических жидкостных образований у 6 больных с панкреонекрозом, а также в 9 случаях ложных кист поджелудочной железы (ПЖ), развившихся вследствие перенесенного панкреонекроза, были установлены признаки внутриполостного аррозивного кровотечения на основании выраженного геморрагического характера отделяемого. Незначительные изменения гематологических показателей, позволявшие заподозрить внутреннее кровотечение, были у двух больных.

Наряду с общей медикаментозной гемостатической терапией у всех больных проводили местные мероприятия, направленные на остановку кровотечений. С этой целью после промывания и активной аспирации содержимого в дренированные полости вводили растворы аминокaproновой кислоты, 96%-ный спирт и йодсодержащие препараты. Во всех случаях проводили биохимическое исследование отделяемого с целью определения панкреатических ферментов, поскольку известно их протеолитическое действие на кровеносные сосуды. В 12 случаях активность панкреатических ферментов в содержимом дренированных полостейкратно превышала их значения в плазме крови, что свидетельствовало, по нашему мнению, о их сообщениях с деструктивными тканями поджелудочной железы. У данных больных с целью устранения продукции панкреатических ферментов в полостях применяли местное введение раствора 5-фторурацила.

В результате у 14 больных кровотечение было полностью остановлено в сроки от трех до двенадцати дней. В одном случае прогрессирующего тотального гнойного панкреонекроза через 8 часов после проведенного пункционного дренирования развилось профузное кровотечение, сразу же установленное по характеру отделяемого из дренированной полости. В данном случае было проведено срочное оперативное лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В УСЛОВИЯХ МЕДСАНЧАСТИ № 101

С. А. Подольн, В. Р. Андреев

г. Лермонтов

Острый панкреатит занимает третье место после аппендицита и холецистита в структуре острых хирургических заболеваний. Преимущество в лечении этой категории больных отдается многокомпонентной консервативной терапии. Методом выбора обезболивания с ОП считаем наркотические и ненаркотические анальгетики, из которых предпочтение отдаем препаратам нейролептаналгезии и отаралгезии.

Восполнение ОЦК контролируем по ЦВД и суточному диурезу. С целью дезинтоксикации больным с ОП проводим сеансы лечебного плазмофереза с УФО возвращаемых эритроцитов, а также сеансы ВЛОК, который обладает и болеутоляющим эффектом. Кроме того, широко используется электрохимическое окисление крови с помощью гидрохлорида натрия. В качестве иммуномодулятора применяем ронколейкин, эффект которого выражается в рассасывании панкреатических инфильтратов, снижении частоты гнойных осложнений и профилактике панкреатического сепсиса.

В нашем хирургическом отделении единственным условием для экстренного оперативного лечения является отсутствие эффекта от консервативной терапии с нарастанием клиники деструктивного панкреатита, перитонита. Объем вмешательства, как правило, включает трансабдоминальное дренирование салниковой сумки и забрюшинного пространства с декомпрессией желчных путей, некрэктомией брюшной полости.

Таблица 1. Движение больных по стационару

Годы	Поступило	Оперировано	Умерло
1995	26	2	1
1996	28	4	1
1997	32	3	
1998	41	2	
1999	43	3	
Всего	170	14	2

Из приведенной таблицы видно, что правильно выбранная тактика лечения больных с данной патологией позволила за последние 3 года добиться улучшения результатов лечения у данной группы больных.

Выводы:

1. Пусковым фактором развития тяжелых форм ОП является злоупотребление алкоголем.
2. Своевременное оперативное лечение больных с деструктивным панкреатитом и перитонитом занимает важное место в комплексном лечении больных.
3. Считаем целесообразным применение ронколейкина в лечении ОП. Использование ронколейкина в течение последних 3 лет способствовало избежанию летальных исходов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Проф. В. Л. Полуэктов, Л. В. Полуэктов, В. Н. Харитонов, С. В. Морозов
г. Омск

В клинике хирургических болезней Омской государственной медицинской академии за последние 5 лет находились на лечении 56 больных с различными формами панкреонекроза.

Все больные были подвергнуты оперативному лечению, включая лапароскопические методы.

Неудовлетворительные результаты при лечении заставили искать пути прогнозирования и профилактики развития панкреонекроза у больных группы риска.

Проведены экспериментальные исследования на 38 крысах и 42 собаках с острым деструктивным панкреатитом. В клинике обследовано 56 больных с различными формами панкреонекроза.

На основании экспериментальных и клинических данных было установлено, что одним из ведущих звеньев панкреатита является острое нарушение пуринового обмена, приводящее к интенсификации процессов перекисного окисления липидов, повреждению клеточных мембран и нарушению энергетики панкреоцитов. При этом происходило напряжение антиоксидантной системы, в частности усиливалось расхождение глутатиона, нейтрализующего неблагоприятное воздействие перекисей липидов. Длительная интенсификация процессов перекисного окисления липидов приводила к истощению фонда антиоксидантов и прогрессированию деструкции панкреоцитов.

Определение уровня глутатиона в эритроцитах позволило выделить группу повышенного риска по развитию панкреонекроза (при уровне глутатиона 0,44–0,60 ммоль/л) и своевременно начать комплекс профилактических мероприятий.

Исследование в динамике содержания глутатиона в эритроцитах больных с панкреатитом позволило установить тяжесть патоморфологических изменений в поджелудочной железе, оценить эффективность проводимой терапии и своевременно определять показания к оперативному лечению.

Содержание глутатиона в эритроцитах 0,86–1,1 ммоль/л свидетельствовало об abortивном течении панкреатита, что позволяло продолжить консервативную терапию. Уровень глутатиона 0,15–0,35 ммоль/л свидетельствовал о развитии деструктивных изменений в поджелудочной железе, что в совокупности с клиническими проявлениями являлось показанием к выполнению лапаротомии. Стимуляция биосинтеза глутатиона флуимуцилом и глутаматом натрия способствовала уменьшению липопероксидации мембранных структур, что связано с повышением эффективности инактивации перекисных соединений. Это обусловлено лучшей обеспеченностью тканей глутатионом, предотвращающим дальнейшее развитие панкреатита.

Таким образом, для профилактики развития панкреонекроза в группе риска рекомендуется в течение трех суток применять профилактический комплекс: флуимуцил в дозе 4,2–4,4 мг/кг внутримышечно, 1%-ный раствор глутамата натрия в дозе 5,6–5,7 мл/кг внутривенно.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

М. И. Прудков, Ф. В. Галимзянов
г. Екатеринбург

Основные трудности хирургического лечения некротизирующего панкреатита связаны с выбором адекватного доступа к салниковой сумке и забрюшинному пространству. Нерациональное хирургическое вмешательство утяжеляет лечение и увеличивает период реабилитации больного.

За последние 4 года в нашей клинике пролечены 50 больных с некротизирующим панкреатитом в период гнойных осложнений с использованием лапароскопических, лапароскопически дополненных и открытых ретроперитонеоскопических вмешательств в зависимости от распространенности и клинической формы поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. В дополнение к традиционной бурсооментостомии и холецистостомии мы применяли различные способы дренирования из малых доступов панкреатических нагноений.

Дренажирование забрюшинного пространства производили по разработанной в клинике минимально инвазивной методике (положительное решение о выдаче патента на изобретение № 99107576/14 от 5.04.99 г.) в зависимости от распространенности патологического процесса.

При поражении правого верхнего квадранта забрюшинного пространства осуществлялся чрезбрюшинный спереди мини-доступ с мобилизацией ДПК и поясничный внебрюшинный.

При поражении левого верхнего квадранта — чрезбрюшинный доступ через оментобурсостому с вскрытием задней стенки сальниковой сумки.

Ретроперитонеостомия при тотальном поражении забрюшинной клетчатки осуществлялась внебрюшинным доступом в подвздошной области.

На 4–5 сутки выполняли оментобурсоскопию и открытую ретроперитонеоскопию. При помощи световодов осматривали полости, оценивали состояние забрюшинной клетчатки, поджелудочной железы, удаляли свободно лежащие секвестры. Эффективность дренирования оценивали клинически, по данным УЗИ, КТ, МРТ. При необходимости оментобурсоскопию и ретроперитонеоскопию выполняли каждые 3–5 суток.

Из 50 человек оперированных и в послеоперационном периоде проведенных с применением малоинвазивных и эндоскопических технологий умерли 7 (14%). Сроки лечения сократились на 15–20%.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПЖ)

А. В. Пугаев, В. С. Волков, Т. В. Григорина-Рябова, П. И. Лидов, М. Г. Негребов
г. Москва

С января 1992-го по ноябрь 1999 года на кафедре хирургических болезней № 2 лечебного факультета ММА им. И. М. Сеченова наблюдали 415 больных острым панкреатитом (ОП). В клинике принята тактика консервативного лечения больных с указанной патологией в фазе энзимной токсемии и промежуточной фазе до развития гнойно-некротических проявлений. Основой комплекса консервативных мероприятий являлась адекватная инфузионная терапия с полным исключением приема воды и пищи через рот до 7–21 суток с проведением полного парентерального питания на указанный срок с переходом на естественное питание сбалансированными смесями, а затем на оральный прием пищи. Обезболивание, антибактериальная терапия, подавление секреции желудка и ПЖ путем отмывания тонкой кишки охлажденными электролитными растворами являлись общими атрибутами комплекса лечебных мероприятий. Лапароскопические санации брюшной полости выполняли лишь больным с энзимным перитонитом.

По поводу гнойно-некротических поражений ПЖ оперировали 81 больного в возрасте от 23 до 65 лет, что составило 19,5% от общего числа пациентов с ОП. Мужчин было 68, а женщин — 13. Желчно-каменная болезнь имела место у 23 пациентов, употребление алкоголя — у 43 заболевших, а употребление алкоголя на фоне желчно-каменной болезни выявили у 15 больных. Хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений проводили в сроки от 10 до 21 суток от начала острого приступа воспаления ПЖ. Абсолютными признаками гнойно-дегенеративных осложнений и показанием к оперативному лечению в указанные сроки были наличие инфильтрации в левом подреберье, повышение температуры выше 38° С при трехчасовой термометрии, наличие палочко-ядерного сдвига гранулоцитов в формуле крови, признаки деструкции ПЖ при УЗИ, появление отрицательной динамики при клиническом наблюдении больных с сомнительными признаками нагноения и УЗИ-контроле ПЖ в течение 1–2 суток после пробного энтерального кормления пациентов. Поверхностный и прерывистый сон с неприятными сновидениями, появление и нарастание гастростаза на 8–10 сутки от начала заболевания, плохо поддающаяся коррекции гипергликемия были относительными показаниями к оперативному лечению в указанные сроки.

Предварительное закрытое дренирование гнойно-некротических полостей в качестве подготовки больных к радикальному оперативному вмешательству было выполнено у 12 больных с кратковременным положительным эффектом.

Операцию выполняли из верхнего срединного доступа. После проведения некр- и секвестрэктомии общую полость дренировали двухпросветными дренажами со сквозным капиллярным проводником. В послеоперационном периоде осуществляли активную аспирацию из дренажей с их промыванием с 4–5 суток 20–40 мл электролитного раствора. На 8–9 сутки дренажи извлекали, очищали от секвестров и устанавливали в исходное положение, чему способствовал сквозной капиллярный проводник. Такую процедуру повторяли 2–3 раза в неделю до полного прекращения выделения секвестров и гноя в течение 3–4 недель.

Таким образом, подавляющее большинство больных оперированы однократно, лишь 2 больных потребовали дополнительного дренирования полостей в связи с неадекватной первичной санацией и 1 пациент — в связи с кровотечением в полость абсцесса.

Умерли 12 больных (14,8%) из 81 с гнойно-некротическими осложнениями.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

И. А. Радионов, А. В. Шабунин, М. С. Гордеев,
г. Кемерово

В клинике хирургических болезней Кемеровской государственной медицинской академии на базе областного гепатологического центра за последние два года лечились 285 больных с острым панкреатитом и панкреонекрозом, в том числе с отечным панкреатитом — 220 и 65 пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза. Средний возраст больных с панкреонекрозом составил $45,7 \pm 9,8$ лет, женщин — 29 (44,6 %), мужчин — 36 (55,4 %). Больных с панкреонекрозом на фоне первичного панкреатита лечилось 49 (75,4 %), с билиарным панкреатитом — 13 (20,0 %), посттравматическим панкреатитом — 3 (4,6 %).

Для оценки тяжести состояния панкреонекроза применяли критерий APACHE-II. Полученные показатели позволили выделить из группы больных с панкреонекрозом группу больных с повышенным риском осложнений.

Для сравнения группы больных с панкреонекрозом оценили тяжесть состояния по критерию APACHE-II 20 пациентов с острым отечным панкреатитом, который составил $11,7 \pm 0,4$ ($p < 0,01$).

Больных, поступающих с тяжелой формой острого алкогольного и билиарного панкреатита, в 1–2 сутки оценивали по критериям APACHE-II. Показатель этой шкалы у больных с первичным панкреатитом составил $13,8 \pm 3,1$, а у больных с билиарным панкреатитом — $12,6 \pm 2,3$ ($p < 0,01$). Через 1–2 недели от начала заболевания, когда некротический процесс в поджелудочной железе нарастал и наступал период постнекротических гнойных осложнений, у пациентов первой группы критерий по APACHE-II составил $36,3 \pm 4,2$, а у больных с билиарным панкреатитом — $28,5 \pm 1,2$ ($p < 0,01$).

В зависимости от объема поражения поджелудочной железы и присоединившейся вторичной инфекции репаративные процессы идут, как правило, по септическому пути, поэтому у больных с тяжелой формой острого панкреатита риск развития некротизирующего панкреатита значительно выше. Всем пациентам консервативное лечение проводилось в отделении хирургической реанимации.

Из 65 больных оперированы 14 (21,5%) больных.

Несмотря на применение всех современных методов детоксикации, внутриартериальной и эндолимфатической антибактериальной терапии, инкубации клеточной массы крови с антибиотиком, плазмофереза, лимфосорбции, малотравматичных способов лечения — ретроградной панкреатохолангиографии, функционально-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ, хирургического лечения, летальный исход наступил у 11 (16,8%) больных.

Таким образом, оценка тяжести по APACHE-II больше $45,5 \pm 3,7$ ($p < 0,01$) может служить достоверным прогностическим критерием.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ И ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

Г. Л. Ратнер, Е. А. Корымазов, Ю. В. Горбунов,
г. Самара

При поступлении у 139 человек (26,38%) ОП был легкой степени, у 388 (73,62%) человек — средней степени. Тяжелого течения заболевания в момент поступления не было ни у кого. Показанием к операции было прогрессирующее ухудшение состояния больного (переход легкой степени в среднюю, средней — в тяжелую) либо отсутствие положительной динамики при средней степени тяжести в течение 48 часов.

Из 139 человек с легкой ОП оперировано было 15 пациентов. Во время операции у 4 человек выявлен субтотальный жировой и геморрагический панкреонекроз (погиб 1 человек), у 11 человек — отечная форма ОП (погибли 2 человека). У 124 человек наступило улучшение от консервативного лечения.

Из 388 человек с ОП средней степени оперировано было 48 человек (погибли 17). Во время операции у всех был выявлен субтотальный и тотальный геморрагический панкреонекроз. У 340 больных оказалось эффективным консервативное лечение.

Особенность патологического процесса в поджелудочной железе в том, что некроз паренхимы, начавшийся на внутриклеточном, ацинарном уровне, может быстро оборваться либо под влиянием своевременно начатого лечения, либо даже самостоятельно. Хирург, исследуя поджелудочную железу до операции, не может вынести достоверного заключения о наличии или отсутствии панкреонекроза, а также о его распространенности. Морфологическая форма острого панкреатита не всегда соответствует тяжести клинического течения заболевания, и наоборот, особенно на ранних стадиях развития заболевания.

Но даже диагностированный при поступлении панкреонекроз не всегда является показанием к операции и в ряде случаев может быть вылечен консервативно. У 340 пациентов со средней степенью тяжести ОП и эффективностью консервативного лечения тоже логично предположить наличие панкреонекроза. Различие только в том, что, если у этих пациентов наступило улучшение, значит, патологический процесс не

был столь распространенным. Речь может идти об ограниченном, или очаговом, панкреонекрозе.

Поэтому ставить до операции диагноз «панкреонекроз» с тактической точки зрения не совсем корректно. До операции целесообразно ограничиться лишь выделением степени тяжести ОП: легкая, средняя, тяжелая, приступы заболевания. Тогда как морфологическая форма ОП может быть уточнена во время оперативного вмешательства, если оно понадобится.

ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕБНОГО ПОДХОДА НА ИСХОД У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Г. А. Редькин, Н. А. Устинов, И. Л. Рышков, В. А. Духин, М. А. Силаев, А. А. Бастрыков, В. А. Ваганов, Е. В. Козлов, М. Ю. Разманов, П. Г. Чумаков.
г. Челябинск

Инфицированный панкреонекроз является крайне тяжелой хирургической патологией, нередко сопровождающейся развитием полиорганной недостаточности и значительной летальностью. По анализу историй болезни нашей больницы за период с 1986-го по 1992 год из 48 пролеченных больных умерли 32 (66,7%). Этому периоду были свойственны активно-выжидательная хирургическая тактика, отсутствие единого подхода к реанимационному ведению, связанные с недостаточно отработанной концепцией.

К настоящему времени нами при лечении больных с панкреонекрозом, осложненным развитием забрюшинной флегмоны и ее инфицированием, используются активная хирургическая тактика (дренирующие операции, санационные релапаротомии, поэтапная секвестрэктомия и резекции поджелудочной железы по показаниям) и комплексная реанимационная терапия (наряду с массивной инфузионной терапией, раннее парэнтеральное питание, антисекреторная терапия сандостатином, длительная перидуральная аналгезия, рациональная антибактериальная терапия, адекватная симптоматическая терапия полиорганной недостаточности, при восстановлении перистальтики ранний переход на энтеральное питание через зонд-микроирригатор, проведенный в тощую кишку, адекватный лабораторный и мониторный контроль).

Такой подход позволил существенно снизить летальность у данной категории больных. По анализу лечения 49 пациентов с инфицированным панкреонекрозом за 1997—1999 годы смертельный исход отмечен у 14 (28%).

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. Н. Репин, Н. М. Возгомент, Л. Э. Дворецкий
г. Пермь

Лечение геморрагического панкреатита (ГП) остается одной из актуальных хирургических проблем. С 1980-го по 1999 год в клинике находились на лечении 153 больных с ГП в возрасте от 18 до 86 лет. Наиболее информативным методом диагностики считаем лапароскопию.

Из-за неудовлетворенности исходами лечения хирургическая тактика неоднократно менялась. В группе больных из 31 человека проводилось лапароскопическое дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, катетеризация круглой связки печени, накладывалась холецистостома. Оперировали в стадию секвестрации и гнойных осложнений. Летальность составила 58% от полиорганной недостаточности и гнойных осложнений.

Во второй группе, включающей 52 человека, больные после подтверждения диагноза оперированы. Наряду с санацией сальниковой сумки проводили капсулотомия, оментопанкреатопексию, у 17 больных выполнена абдоминализация железы с изоляцией забрюшинного пространства сальником, дренировали сумку через контраппертуры. Летальность составила 43,2% и чаще всего из-за недостаточной изоляции гнойно-некротического очага и неэффективного его дренирования.

За последние 5 лет в клинике находились 70 больных с ГП. Они также оперированы в первые сутки от поступления. Всем проведена абдоминализация поджелудочной железы с санацией забрюшинного пространства. Железу изолировали от забрюшинного пространства 3—4 марлевыми салфетками, подводили трубчатые дренажи слева под тело, справа — под головку железы, формировали бурсостому и через нее выводили салфетки. Дренировали желчевыводящие пути. Салфетки удаляли через 8—10 дней и заменяли их трубками для промывания сальниковой сумки. Санацию проводили до окончания секвестрации железы, которая продолжается 4—5 недель. У 30 больных после стабилизации гемодинамики был установлен перидуральный катетер и проведен ирригатор для энтеральных инфузий, которые начинали на 2-е сутки после операции. Из 70 больных умерли 14 (18,6%).

Опыт показал, что в первые 2—3 суток от начала приступа оправдана абдоминализация железы с удалением токсического экссудата из забрюшинного пространства. Необходимы надежная изоляция железы от окружающих анатомических образований

и широкое дренирование некротического очага для последующей длительной санации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Е. А. Решетников, В. П. Башилов, Н. П. Агафонов
г. Москва

Материалы и методы.

С 1989-го по 1999 год находились на лечении 1032 пациента с диагнозом «острый панкреатит», из них у 636 — панкреатит желчно-каменной этиологии (панкреонекроз — у 7), у 312 — алиментарный панкреатит (панкреонекроз — у 54).

При остром панкреатите желчно-каменной этиологии применялась активная хирургическая тактика. Этим пациентам в срочном порядке выполнена холецистэктомия с дренированием желчных протоков. При отечном алиментарном панкреатите проводилась комплексная консервативная терапия, которая в 100% случаев дала положительный эффект. При алиментарном панкреонекрозе, который всегда сопровождается ферментативным перитонитом, у 14 больных выполнены экстренная лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Некрэктомия предпринималась только по поводу гнойно-септических осложнений.

Результаты.

Умерли 12 больных: 2 — холецистопанкреатитом из-за сопутствующих заболеваний, 10 — алиментарным панкреатитом в результате сепсиса.

Заключение.

Тактические подходы к лечению острого панкреатита должны различаться в зависимости от этиологического фактора.

При панкреатите желчно-каменной этиологии срочная холецистэктомия с декомпрессией желчных протоков позволяет предотвратить развитие некротических изменений поджелудочной железы.

При деструктивных формах алиментарного панкреатита, сопровождающихся ферментативным перитонитом, показаны экстренная лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Некрэктомия с активным лаважем должна проводиться только при гнойно-септических осложнениях.

Данная тактика позволяет добиться весьма удовлетворительных результатов лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. А. Роговой, В. Д. Сахно, А. В. Полянский
г. Краснодар

С 1996-го по 2000 год 14 пациентов с панкреонекрозом получали хирургическое пособие в виде пункционного дренирования салниковой сумки под контролем сонографа. Трем больным лечение проводилось путем многократных пункций салниковой сумки, шести пациентам установлены троакарные оментобурсостомы, в 5 случаях была комбинация обеих методов.

Через иглу или тонкий дренаж производилась аспирация токсического экссудата и продуктов аутолиза поджелудочной железы, промывание салниковой сумки фурациллином и введение в нее каждый раз раствора трипсина или химотрипсина с целью скорейшего лизиса некротических тканей и разжижения экссудата.

Длительность лечения составила от 31 до 65 дней. Лечение проводилось до полного исчезновения экссудата. В 13 случаях (92,8%) наступило клиническое выздоровление. Один больной умер.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

А. А. Рудик, А. И. Хоменко, В. А. Тазалов, М. В. Воробьев
г. Хабаровск

Повреждение ткани поджелудочной железы при оперативном лечении дуоденальной язвы считается наиболее значимой причиной развития острого панкреатита в раннем послеоперационном периоде. Нами был проанализирован опыт различных операций у 356 больных по поводу осложненной дуоденальной язвы. Контакт с поджелудочной железой был отмечен в виде истинной пенетрации в паренхиму — 13, у 46 больных дном язвы являлась рубцово-измененная капсула, грубые рубцовые сращения капсулы со стенкой кишки — у 79. В двух случаях в язвенный кратер открывался добавочный проток поджелудочной железы. Послеоперационный панкреатит развился у 16 больных, из них в 12 случаях имелись технические трудности при мобилизации. Наиболее часто острый послеоперационный панкреатит развивался после операций по поводу стеноза (9), кровотечения (5), перфораций (2). Среди оперативных

вмешательств наибольший риск имелся при резекции желудка по Бильрот-II — 11 случаев, по Бильрот-I — 4, радикальная дуоденопластика в сочетании с медиогастральной резекцией — 1. В послеоперационном периоде клинические явления острого панкреатита появились с первых суток у 4 больных, 2—3 сут. — 8, 4—7 сут. — 4. Морфологические формы: отечная — у 4 больных, панкреонекроз — у 12 больных (геморрагический — 7, жировой — 5). В одном случае развитие жирового панкреонекроза было связано с повреждением холедоха в интрапанкреатическом отделе. Из 16 больных были реоперированы в сроки до 5 суток после операции — 3, 5—10 сут. — 10 больных, у трех больных с отечными формами ограничились лапароскопическим дренированием брюшной полости. Использовали следующие оперативные приемы — секвестрэктомия (3), абдоминализация (5), дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства (11), панкреатодуоденальная резекция (1). У двух больных добавочный проток был канюлирован и вшит в культю 12-перстной кишки (ДПК). У 4 больных потребовались программные релапаротомии. Среди больных с панкреонекрозом умерли 7 больных из 12. У погибших больных ситуация усугубилась развитием несостоятельности культи ДПК (5), гастроэнтероанастомоза — (4), аррозионными кровотечениями (3).

По нашему опыту при обнаружении близкого контакта рубцово-язвенного процесса с железой выполняем поперечную переднюю или полную дуоденотомию на уровне язвы или стеноза. Этот прием позволяет правильно выбрать слой для безопасной мобилизации под визуальным контролем. Считаем важным также тщательную пломбировку язвенного кратера и укрывание рубцовой площадки участком сальника на сосудистой ножке. Наиболее выгодной операцией, с точки зрения профилактики острого послеоперационного панкреатита, является радикальная дуоденопластика, которая требует значительно меньшей протяженности мобилизации ДПК, чем при резекции желудка для погружения культи.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

С. С. Слесаренко, В. С. Харитонов
г. Саратов

Острый панкреатит представляет одну из актуальных, трудных и до настоящего времени полностью не решенных проблем клинической хирургии. В клинике факультетской хирургии за 1996—1997 годы лечились 327 больных острым панкреатитом. 81 (32,8%) был оперирован по поводу развившегося ферментативного перитонита, геморрагического панкреонекроза (75,3%) и гнойного панкреатита (24,7%). Основным оперативным вмешательством было дренирование полости малого сальника, частичные некрэктомии (6,2%), санация и дренирование брюшной полости. Летальность составила 34,4% при геморрагическом панкреонекрозе и 20% — при гнойном панкреатите.

В последние два года нами активно применяется экстренная видеолaparоскопия при деструктивном панкреатите (38 больных). При этом осуществляется полный объем необходимых вмешательств, включая некрэктомии, дренирование сальниковой сумки, санацию и дренирование брюшной полости. Установлено, что применение видеолaparоскопических операций как малоинвазивных привело к снижению общей летальности при деструктивном панкреатите до 14,1%, при геморрагическом панкреонекрозе до 21,3%, а при гнойном панкреатите до 9,6%.

Поскольку объем вмешательства при видеолaparоскопии и лапаротомии различался лишь объемом травмы передней брюшной стенки, именно в минимизации этой травмы мы видим путь к реальному снижению летальности тяжелейшего контингента больных деструктивным панкреатитом путем применения передовой технологии видеолaparоскопии.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ САНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ МЕТОДОМ ПРОГРАММИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

С. С. Слесаренко, М. А. Коссович, В. Л. Мещеряков, А. Ю. Бирюков
г. Саратов

Одним из основных этапов лечения больных с панкреонекрозом, наряду со своевременным и грамотно выполненным оперативным пособием, является адекватная послеоперационная санация брюшной полости. С этой целью предлагается выполнение программированной регионарной перфузии брюшной полости (ПРП) через трехканальный активный армированный дренаж. Дренаж устанавливается после вскрытия и санации сальниковой сумки по ходу поджелудочной железы и выводится в правом подреберье. Конструктивные особенности дренажа исключают присасывание к боковым отверстиям подвижных органов и тканей, а также предотвращают обтурацию просвета сгустками аспирируемой жидкости, в том числе фрагментами ткани подже-

лудочной железы. Трубка может быть придана любая форма, что позволяет уложить ее точно вдоль поджелудочной железы, повторяя все ее изгибы.

ПРП при панкреонекрозе обеспечивает адекватную санацию очага патологии в циклическом режиме (до 10–12 раз в час) круглосуточно в течение необходимого периода после операции. Длительность перфузии колебалась от 3–5 до 15–20 суток, однако у подавляющего большинства пациентов санацию парапанкреатической зоны удавалось завершить в течение недели. Из 29 пациентов с панкреонекрозом при использовании ПРП умерли лишь 4 человека.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

С. С. Слесаренко, Т. Б. Дубошина, Н. М. Амирова, А. В. Гамаюнов, А. М. Азави
г. Саратов

В клинике факультетской хирургии Саратовского медицинского университета за период 1996–1997 гг. находились на лечении 327 больных острым панкреатитом. 269 больных поступили с явлениями отечной формы острого панкреатита, у 58 больных отмечена клиника деструктивного панкреатита, что свидетельствовало о значительной распространенности зоны некроза. Использованы методы дезинтоксикации (форсированный диурез, плазма-гемосорбция), антиферментная терапия, локальная гипотермия и блокада симпатических ганглиев. В 1-ю стадию заболевания (стадию ферментативной токсемии) летальных исходов не было. Показания к операции в 1-ю стадию существенно пересмотрели в пользу лапароскопических методов дренирования сальниковой сумки и брюшной полости при энзимном перитоните. Широко лапароскопию считаем нецелесообразной. Во 2-ю стадию заболевания показанием к операции является установление диагноза забрюшинной флегмоны и абсцесса поджелудочной железы. Важнейшую роль в диагностике гнойно-некротических осложнений играет компьютерная томография. Традиционно применяемые методы (УЗИ, рентгенологическое исследование органов брюшной полости) в связи с метеоризмом не дают нужной информации, а иногда дают ложноположительную оценку состояния поджелудочной железы и определяют ошибочную тактику. Компьютерная томография позволяет определить зону некроза, поставить точный диагноз и конкретизировать объем и сроки вмешательства при гнойных осложнениях. Из 58 больных с обширным панкреонекрозом оперированы 28 по поводу гнойных осложнений. Умерли 7 больных (12%).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Г. А. Султанов, С. А. Алиев
г. Баку

За период с 1975 по 1998 гг. в клинике хирургических болезней № 1 Азербайджанского медицинского университета им. Н. Нариманова на базе КБСМП г. Баку находились на лечении 82 больных панкреонекрозом, что составило 29,6% от общего количества пациентов (277) с различными формами острого панкреатита. Возраст больных — от 23 до 78 лет. Женщин было 63, мужчин — 19. Диагностическая программа включала комплексное применение лабораторных, инвазивных и неинвазивных инструментальных (рентгенологических, ультразвуковых, эндоскопических) методов исследования. Патология желчевыводящей системы (хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз) установлена у 69 из 82 больных. 13 больных страдали хроническим алкоголизмом.

Жировую форму панкреонекроза наблюдали у 36, геморрагическую — у 26. У 20 больных отмечена смешанная форма поражения. У 5 из 82 больных ранее производились различные виды операций на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, у которых панкреонекроз развился как клиническое проявление постхолецистэктомического синдрома. Всем больным проводилась интенсивная поликомпонентная консервативная терапия, направленная на адекватную коррекцию волемических и гемодинамических нарушений, устранение токсемии и синдрома полиорганной недостаточности и профилактику постнекротических гнойно-септических осложнений. Неэффективность лечебных мероприятий и появление симптомов перитонита служили показаниями к ранним оперативным вмешательствам у 59 больных в течение первых 3 суток с момента поступления. Отсроченным оперативным вмешательствам подвергнуты 23 больных после стихания острых явлений, купирования синдрома ферментной токсемии, в фазе гнойных осложнений панкреонекроза, на 9–11-е сутки с момента начала заболевания. Объем и метод хирургической тактики определяли дифференцированно с учетом формы некроза, обширности деструкции в железе и характера осложнений. Некр-, секвестрэктомия с широким дренированием парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства выполнили у 17 больных, абдоминализацию поджелудочной железы с дренированием сальниковой сумки — у 13, оментопанкреатопексию — у 23, марсупиализацию железы, тампонаду и дренирование сальниковой сумки — у 7, абсцессотомию с дренированием гнойной полости — у 22. У 62 больных вмешательства на поджелудочной железе сочетались с разгрузоч-

ными желчеотводящими операциями с учетом пусковых патогенетических механизмов развития панкреонекроза. Из 82 больных умерли 23 (28%). Причинами смерти явились печеночно-почечная недостаточность (6), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1), профузное аррозивное кровотечение (1), гнойно-септические осложнения (15).

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВНУТРЕННЕЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. В. Саблин
г. Екатеринбург

С помощью лучевых методов обследования, включающих УЗИ, КТ, МРТ, ФГС, рентгенографию желудка и 12-п кишки, были выявлены больные, у которых киста прилежала к желудку или к 12-п кишке. После определения степени прилегания кисты к полному органу по данным КТ и локализации выбухания стенки в просвет по данным ФГС определяли место формирования анастомоза. У 2 больных для более точного определения места будущего анастомоза проведено локальное контрастирование слизистой оболочки желудка урографинном с последующей КТ. У 13 пациентов в возрасте от 30 до 65 лет (5 женщин, 8 мужчин) был сформирован эндоскопический анастомоз с кистой в 2—3 этапа за 3—4 дня (у 11 — с полостью желудка, у 2 — с полостью 12-п кишки). После создания анастомоза полость кисты ежедневно промывалась антисептиком через гастроскоп до полной ее облитерации. У 3 больных в полость кисты дополнительно потребовалось установить катетер через анастомоз, у 1 больной — минопаротомия для наружного дренирования.

Результаты. У 3 пациентов киста располагалась в области головки железы, у 7 — в области тела, у 1 — в области хвоста, у 2 — вдоль всей железы. Кисты были однородными на УЗИ и КТ у 6, неоднородными — у 5, неоднородными только на УЗИ — у 2. Толщина стенки кисты составляла 2—5 мм. Локальное расширение вирсунгова протока выявлено у 2 человек. Асцит подтвержден на КТ у 4. Повышение амилазы — у 3. У 1 больного киста осложнилась нагноением. У 1 больной полость кисты была заполнена сгустком крови. У 1 больного киста в стадии формирования, капсула местами не прослеживалась. У всех больных удалось сформировать анастомоз без осложнений. Анастомоз располагался на задней стенке желудка в субкардиальном отделе у 2 пациентов, в теле — у 3, в антральном — у 5, на малой кривизне тела — у 1, на задней стенке луковицы 12-п кишки — у 2. Исчезновение кист наступало в сроки от 7 до 30 дней, у 1 — до 60. Только у 1 больного выявлено сообщение кисты с вирсунговым протоком. Через 1 год обследованы 9 пациентов, рецидива кисты не выявлено.

Представленный способ эндоскопического дренирования псевдокист поджелудочной железы ускоряет заживление простых и нагноившихся кист, применим в лечении формирующихся кист и кист, осложненных кровоизлиянием в ее полость.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАНКРЕАТИТОВ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ЖЕЛУДКА И ГАСТРЭКТОМИЯХ

М. А. Старостина, И. Г. Гатауллин
г. Казань

Послеоперационный панкреатит — одно из наиболее грозных и тяжелых осложнений после вмешательства на органах брюшной полости. По данным различных авторов, частота этого осложнения колеблется от 0,5 до 20%.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 312 больных раком желудка в возрасте от 38 до 74 лет. Гастрэктомия была выполнена в 187 случаях, резекция желудка — в 95.

Послеоперационный панкреатит развился у 22 больных (9% наблюдений). Осложнение наступало обычно на 2—7-й день послеоперационного периода. Клинический анализ причин развития послеоперационного панкреатита показал, что по этиологическим причинам он может быть следствием:

1. травмы поджелудочной железы при лимфаденэктомии;
2. дуоденального стаза с рефлюксом желчи в панкреатический проток;
3. нарушения гемодинамики в поджелудочной железе.

В качестве мер профилактики послеоперационного панкреатита следует указать на бережные манипуляции в области поджелудочной железы при расширенной лимфаденэктомии, декомпрессию двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде и коррекцию уровня центральной и регионарной гемодинамики во время и после операции.

Среди комплекса профилактических мер важное значение придаем введению в раннем послеоперационном периоде 15%-ного раствора димефосфона в дозе 2 мл, разведенного на 200 мл физраствора, внутривенно 1 раз в день. По данным экспериментальных и клинических исследований, препарат обладает выраженным антиферментативным действием.

Применение указанных профилактических мер позволяет снизить риск развития послеоперационного панкреатита.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

И. В. Сергеев, К. В. Ковалев, Д. Ю. Зиновьев, Ю. В. Безделов
г. Пенза

За период 1991—1999 гг. в отделении экстренной хирургии Пензенской областной больницы наблюдалось 856 больных с ОП. Возраст больных колебался от 15 до 91 года. Все больные получали консервативную терапию, направленную на обеспечение функционального покоя поджелудочной железы (ПЖ), купирование болевого синдрома и гипертонемии, нормализацию полиоргановых расстройств. При необходимости проводили УФО крови, гемосорбцию, гемофильтрацию, гемодиализ, лазерное облучение крови. Данная консервативная терапия позволила добиться устойчивого лечебного эффекта у 516 больных. У 137 больных (16%) консервативные лечебные мероприятия были неэффективными, что послужило поводом для оперативного вмешательства. Абсолютными показаниями к операции считали перитонит, желтуху, прогрессирующие гемодинамические расстройства, некупирующиеся явления печеночно-почечной недостаточности, кишечную непроходимость. При лапаротомии отечная форма панкреатита выявлена у 12 больных, жировая — у 30, геморрагическая — у 70 и смешанная — у 25 пациентов. Особо сложную задачу представляет лечение геморрагического и в какой-то мере смешанного панкреонекроза. Неудовлетворенность результатами оперативного лечения побудило нас совершенствовать хирургическую тактику лечения больных с данной формой панкреонекроза. Так, в период 1991—1993 гг. операция при геморрагическом панкреонекрозе заключалась чаще всего только в дренировании салниковой сумки, брюшной полости и желчевыводящих путей. Редкие дистальные резекции ПЖ со спленэктомией сопровождались 100%-ной летальностью. Общая послеоперационная летальность при ДФОП составила 68,7%. В последующие 1994—1997 годы наряду с указанными выше мероприятиями стали чаще применять резекции ПЖ в период гнойно-некротических осложнений и зондовую декомпрессию кишечника. Это позволило, на наш взгляд, снизить послеоперационную летальность в этот период при ДФОП до 55,3% и летальность у больных с геморрагическим панкреонекрозом до 63,8%. В 1998—1999 годы стали переносить операции на более поздние сроки течения ОП, оментостомию с этапными некрэктомиями ПЖ, щадящую абдоминализацию ПЖ. За этот период общая послеоперационная летальность составила 19,44%, при ДФОП — 21,2% и при геморрагическом панкреонекрозе — 46,15%.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Б. А. Сотниченко, В. И. Макаров, О. Н. Дмитриев, А. Б. Сотниченко
г. Владивосток

Наиболее сложной проблемой в лечении панкреонекрозов является выбор рациональной лечебной тактики. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения деструктивных форм панкреатита у 142 больных, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии с 1994 по 1999 гг. Они составили 34% от общего числа пациентов с острым панкреатитом. Мужчин было 102 (72,0%), женщин — 40 (28,0%). Дуктогенный панкреатит отмечен у 19% больных, алкогольный — у 20%, травматический — у 7%. 84 (60%) пациента были в возрасте от 20 до 50 лет. Из 142 больных с деструктивными формами панкреатита у 74 пациентов панкреонекроз подтвержден данными оперативных вмешательств или аутопсии, у 54 — лапароскопией. Основанием для постановки диагноза панкреонекроза у 17 больных явилось тяжелое клиническое течение заболевания, лабораторные показатели, данные УЗИ и КТ, пальпируемый парапанкреатический инфильтрат с последующим исходом в псевдокисту.

Комплексная консервативная терапия включала традиционные методы лечения, экстракорпоральную детоксикацию и сеансы глубокой рентгенотерапии на область поджелудочной железы. У больных с ферментативным перитонитом выполнялось лапароскопическое дренирование брюшной полости с последующим перитонеальным лаважом. 20 пациентам произведена неотложная эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 18 — селективная катетеризация чревного ствола и внутриартериальные инфузии.

Из 92 больных, леченных консервативно, умерли 24 (26%). Из них 10 больных умерли в первые 24 часа с момента поступления от панкреатического шока и сердечно-сосудистой недостаточности. У остальных смерть наступила на 3—10-е сутки с момента поступления на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности. Оперативному лечению подвергнуты 50 больных. Показанием к операции у 20 пациентов явилась клиника разлитого перитонита, а при лапароцентезе или лапароскопии наличие в брюшной полости фибринозно-гнойного или гнойного выпота. Больные оперированы в первые 24 часа с момента поступления. Во время оперативного вмешательства у них диагностирован распространенный панкреатогенный перитонит, пан-

креонекроз или сочетание с деструктивным холециститом (3 больных). Умерли 17 больных. Нарастающая полиорганная недостаточность и неэффективность консервативной терапии явились показанием к операции у 4 больных. Они оперированы через трое суток после неэффективной консервативной терапии. Все умерли.

По поводу гнойно-септических осложнений в сроки от 9 до 28 суток с момента заболевания оперированы 30 больных. Наряду с традиционными вмешательствами у этих больных 5 пациентам выполнена субтотальная панкреатэктомия, умерли двое. Из числа оперированных больных по поводу гнойно-септических осложнений всего умерло 4 (13,3%). Из 50 оперированных больных умерли 25 (50%).

Таким образом, показания к экстренной операции в первые 3 суток с момента заболевания должны быть строго аргументированы, так как они дают высокую летальность. Основным показанием к оперативному вмешательству при панкреонекрозе является наличие гнойно-септических осложнений.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. С. Соколовский, Ф. И. Лобыкин, Л. Д. Конева, В. В. Кузнецов,
М. Я. Сташков, С. Ф. Старинский
г. Новокузнецк

Цель выполненных исследований состояла в разработке оригинальной методики (патент № 2056865) для лечения эндогенной интоксикации у больных с деструктивными формами острого панкреатита в послеоперационном периоде. При реализации задач научного поиска мы воспользовались положительным влиянием на кровообращение и трофику тканей гепатопанкреатодуоденальной зоны вегетативного блока методикой продленной эпидуральной анестезии, которую одновременно сочетали с сеансами гемосорбции.

Методика.

Вегетативный блок достигался за счет введения 10,0 мл 0,1%-ного р-ра дикаина по катетеру, установленному в эпидуральном пространстве на уровне Th 8—9, сеансы гемосорбции выполнялись на отечественных аппаратах и сорбентах со скоростью карбоперфузии 80—100 мл/мин.

Эффективность предложенной методики активной детоксикации оценивалась нами клинически и по лабораторным критериям: лейкоцитарный индекс интоксикации; содержанию биологически активных веществ средней молекулярной массы; активности трансаминаз; мочевины, креатинина и амилозе в системном кровотоке и в бассейне портальной вены.

Доказано, что предложенный нами способ активной детоксикации в 10 раз превосходит по своей эффективности методики гемосорбции в традиционном исполнении, а 8 клинических наблюдений с положительными результатами оперативного лечения пациентов по поводу деструктивных форм острого панкреатита являются тому подтверждением. При этом установлено, что основные параметры центральной гемодинамики на всех этапах сеансов гемосорбции по предложенной методике претерпевали минимальные изменения и не несли дополнительной угрозы для жизни больных.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В. М. Седов, М. Б. Фишман, В. В. Юрлов
г. Санкт-Петербург

В 1993—1999 гг. в клинике факультетской хирургии лечились 456 больных острым панкреатитом. Оперативному вмешательству подверглись 49 пациентов (10,8%) с деструктивными формами острого панкреатита. Традиционная операция выполнена 28 больным и лапароскопическая операция — 21 больному. Остальные пациенты (407) с отечной формой острого панкреатита лечились консервативно. Проведены специальные исследования в эксперименте и клинике, целью которых являлась разработка техники и тактики лапароскопических операций при остром панкреатите, выработка показаний к этим операциям, оценка их эффективности в сравнении с традиционными методами оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство при деструктивных формах острого панкреатита, несмотря на относительно небольшой объем, является весьма агрессивным и часто сопровождается тяжелыми осложнениями, прежде всего инфекционного характера, и прогрессированием парапанкреатита. В связи с этим закономерным является обращение к эндовидеохирургическим технологиям. Применение их наряду с появлением новых возможностей требует некоторых изменений тактики лечения. Лапароскопия является эффективным методом диагностики острого панкреатита и его осложнений. Она позволяет установить характер, локализацию и распространенность патологических изменений самой поджелудочной железы и рядом расположенных структур и орга-

нов. В частности, удается установить на основании прямых и косвенных признаков все возможные варианты развития парапанкреатита (параколит, забрюшинная флегмона, паранефрит, оментит), выпот в сальниковой сумке, характер и распространенность перитонита. Весьма эффективно использование лапароскопии и ультразвукового сканирования. Эндовидеохирургическая технология позволяет успешно выполнить санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства. При наличии признаков желчной гипертензии во всех случаях удается осуществить дренирование желчных протоков (холецистостомия, холедохостомия).

При соблюдении разработанных принципов эндовидеохирургическое вмешательство при остром панкреатите, выполняемое на фоне комплексной, интенсивной терапии, является малоинвазивным и весьма эффективным. При этом удается значительно добиться снижения частоты развивающихся осложнений, связанных прежде всего с инфицированием брюшной полости и парапанкреатической клетчатки. При прогрессировании деструктивных изменений в поджелудочной железе и парапанкреатита возможно программное эндовидеохирургическое вмешательство с целью повторной санации сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства, некрэктомии, секвестрэктомии.

ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. М. Стойко, А. Д. Толстой, В. Г. Двойнов, В. П. Панов
г. Санкт-Петербург

Летальность от острого деструктивного панкреатита достигает 20–25% и в основном зависит от гнойных осложнений. На частоту гнойных осложнений оказывают влияние такие факторы, как объем панкреонекроза, этиология панкреатита и качество проводимой терапии.

Комплексная терапия острого деструктивного панкреатита в ферментативной фазе состоит из афферентного и эфферентного компонентов. Эфферентная терапия острого панкреатита включает детоксикационные методики (форсированный диурез, гемосорбция, плазмаферез и др.), преследующие цель выведения токсинов из организма при малом воздействии на источник интоксикации.

К афферентной терапии относится лечебный комплекс медикаментозных и иных воздействий на источник интоксикации при остром панкреатите — поджелудочную железу. Методы афферентной терапии могут быть селективными (воздействие исключительно на поджелудочную железу) и регионарными (воздействие на спланхический регион). К ним относятся:

длительная перидуральная анестезия и прототип ее — сакроспинальная новокаиновая блокада;

ультразвуковое и рентгеновское облучение поджелудочной железы;

местная гипотермия зоны поджелудочной железы;

антисекреторная терапия (H2-блокаторы, цитостатики, сандостатин и др.);

антибактериальная терапия с панкреотропным эффектом;

антиферментная терапия (контрикал, гордокс);

применение антиоксидантов и антигипоксантов (олифен).

При этом методом выбора служит внутриартериальное введение лекарственных средств.

Для достоверной оценки результатов лечения нами было проанализировано 72 верифицированных наблюдения тяжелого деструктивного панкреатита (крупноочаговый и субтотально-тотальный панкреонекроз).

Больные были разделены на три группы. 17 пациентов получали базисную терапию (без специализированного лечения). Гнойные осложнения развились у 13 больных (76%), умерли 8 (47%). В группе больных (37 пациентов), которые получали только афферентный или эфферентный компонент, гнойные осложнения развились у 15 пациентов (41%), умерли 10 (27%).

35 пациентов с тяжелым острым деструктивным панкреатитом получали комплексную (афферентная + эфферентная) терапию. Гнойные осложнения развились у 11 больных (31%), умерли 5 (14%).

Таким образом, комплексная терапия в ферментативной фазе острого деструктивного панкреатита достоверно снижает частоту развития гнойно-септических осложнений и летальность у больных с тяжелыми формами острого деструктивного панкреатита.

ОМЕНТОБУРСИТЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. М. Стойко, А. А. Курыгин, В. П. Панов
г. Санкт-Петербург

Оментобурсит как осложнение острого панкреатита меняет его клиническую картину, требует самостоятельного лечения и оказывает влияние на показатели летальности.

Нами проанализированы 156 наблюдений панкреатогенных оментобурситов среди 1310 пациентов с острым панкреатитом. Различали ферментативные (ранний и поздний) и гнойный панкреатогенный оментобурситы. Ранний ферментативный оментобурсит наблюдался в 2,4% случаев, поздний ферментативный — в 5,5%, гнойный — в 4% случаев острого панкреатита. Среди больных преобладали пациенты в возрасте до 60 лет (84%).

Источником оментобурситов наиболее часто служили деструктивные формы острого панкреатита. Редко (3%) оментобурситы наблюдались при отечной форме панкреатита.

Ранний (острый) ферментативный оментобурсит наиболее часто развивается при среднетяжелой форме рецидивирующего панкреатита в первую неделю заболевания, в его основе лежит асептическое воспаление брюшины сальниковой сумки в условиях заращенного винслового отверстия.

Поздний (подострый) ферментативный оментобурсит возникает у больных деструктивным панкреатитом в стадии асептической секвестрации некротических очагов. Его формирование начинается с 3-й недели заболевания. В основе — вскрытие протоковой системы поджелудочной железы с образованием внутреннего панкреатического свища.

Развитие гнойного оментобурсита характерно для острого деструктивного панкреатита в стадии септической секвестрации, в подавляющем большинстве случаев он вызван гнойной и гнилостной флорой и развивается путем прорыва гноя в сальниковую сумку из забрюшинных гнойно-некротических полостей.

У больных ранним ферментативным оментобурситом «собственных» осложнений не наблюдалось. У 32 больных (44%) поздним ферментативным оментобурситом имелись осложнения, наиболее частыми и опасными из которых, по нашим данным, являются кровотечения (37,4%), асцит-перитонит (34,3%) и нагноения (21,9%).

Развитие гнойного оментобурсита у большинства больных (82,7%) происходит при наличии гнойно-некротического парапанкреатита, который своими осложнениями в виде аррозийного кровотечения, некроза ретроперитонеально расположенных полых органов и сепсиса зачастую определяет летальные исходы.

Гнойный оментобурсит является наиболее тяжелой формой заболевания, летальность при нем (28,8%) в 10 раз выше, чем при ферментативном оментобурсите (2,8%).

Лечение раннего ферментативного оментобурсита в основном консервативное, тогда как остальных форм — хирургическое. Плановое оперативное лечение показано при позднем ферментативном оментобурсите, неотложное — при его осложнениях. Объем оперативного пособия включает санацию сальниковой сумки, ликвидацию внутреннего панкреатического свища и наружное дренирование.

Таким образом, оментобурситы являются осложнениями острого панкреатита в различных фазах его развития, требующими своевременной диагностики, специального лечения, а также профилактики осложнений.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. Н. Силаев, Л. К. Евстифеев, С. П. Бондаренко, Ю. С. Соколов,
А. Л. Ломоносов, Д. А. Ломоносов
г. Тверь

За последнее десятилетие в Тверской области наблюдается неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом — с 4,1 на 10000 в 1990 г. до 6,1 в 1998 г. По нашим данным, у 51% причиной заболевания было употребление алкоголя, у 23,3% — желчно-каменная болезнь и у 15% — травма поджелудочной железы. Анализ неудовлетворительных результатов лечения больных показал, что ошибки диагностики связаны на ранних стадиях с определением формы панкреатита, а на поздних — с несвоевременным выявлением гнойно-септических осложнений. Улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом напрямую зависит от полноценной диагностики.

В последние годы в нашей клинике используется Атлантская (1992 г.) классификация острого панкреатита. Для правильного установления той или иной формы поражения поджелудочной железы необходимо четкое использование предлагаемого нами диагностического алгоритма.

Первый этап ставит своей задачей установление диагноза «острый панкреатит» и выявление его ранних внутрибрюшных осложнений (паралитическая кишечная непроходимость, деструктивный холецистит, панкреатогенный асцит-перитонит). В остром периоде методом выбора служит ультразвуковое сканирование (УЗС). В случае недостаточности ультразвуковой оценки при выраженной клинической симптоматике деструктивного процесса в брюшной полости следует использовать эндохирургические методы, позволяющие перейти от диагностической процедуры к адекватному лечебному пособию. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) в первую неделю заболевания дает возможность увидеть прямое высокоинформативное изображение поджелудочной железы. В прогнозировании острого панкреатита рекомендуем пользоваться балльной оценкой тяжести по системе APACHE-II.

Методы инструментальной диагностики эффективны и на этапе динамического контроля процесса проводимого лечения (8—14-й день заболевания). Однако у опе-

рированных больных проведение УЗС ввиду пареза кишечника затруднительно, в связи с чем информативным методом является РКТ с обязательной оценкой состояния парапанкреальной клетчатки.

Для определения распространенности гнойно-некротических форм панкреонекроза (инфицированный панкреонекроз, абсцесс) или других деструктивных осложнений (острое скопление жидкости, киста поджелудочной железы) в сроки 3—4 недели заболевания считаем обязательным использование УЗИ и РКТ, при подозрении на инфицирование жидкостных скоплений или панкреатической ткани проводим чрескожную тонкоигльную пункцию с исследованием аспирата.

Таким образом, предлагаемый нами диагностический алгоритм предполагает многократное и ступенчатое использование эндохирургических и лучевых методов диагностики, что позволяет своевременно установить правильный диагноз, необходимый в выработке адекватной лечебной программы.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО ИММУНОМОДУЛЯТОРА ПОЛИОКСИДОНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ

А. И. Станулис, А. П. Гольдберг, А. Г. Жевелюк
г. Москва, Санкт-Петербург

Нами обследованы 53 больных, которым наряду с общепринятым лечением (антиферментная, дезинтоксикационная терапия, антибактериальные препараты) проводилась иммунотерапия полиоксидонием в курсовой дозе 30 мг. Препарат вводился внутримышечно по 6 мг через сутки. Предварительно определялась индивидуальная чувствительность лимфоцитов больного к препарату при помощи реакции розеткообразования *in vitro*.

При анализе иммунограмм было выявлено повышение фагоцитарной активности нейтрофилов, нормализация показателей Т-клеточного звена иммунитета, снижение уровня циркулирующих иммунных комплексов и концентрации среднемолекулярных пептидов.

Отмечалось уменьшение больных с постнекротическими псевдокистами, забрюшинной флегмоной, абсцессами сальниковой сумки и брюшной полости. Количество произведенных операций по поводу осложнений панкреонекроза уменьшилось до 26,4%. Летальность больных снизилась до 9,4%. У 64,2% пациентов положительный эффект был достигнут в результате консервативных мероприятий.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. П. Сажин, А. Л. Авдошенко, П. А. Малащенко
г. Новоососовск

На основании многолетнего опыта мы разработали определенный тактический подход в лечении ОП.

Основным методом терапии интерстициального панкреатита и стерильного панкреонекроза считаем консервативный с применением цитостатиков сандостатина, методов экстракорпоральной детоксикации, ГБО.

При оментобурсите выполняем пункцию сальниковой сумки под контролем УЗИ с аспирацией выпота и цитологическим и микробиологическим исследованием. Только при получении жидкого гноя дренируем сальниковую сумку и проводим ее лаваж. Наличие тканевого детрита считаем показанием к лапароскопической или открытой оментобурсостомии с помощью специальных, разработанных нами фистул с последующими динамическими эндоскопическими некрэктомиями и санациями сальниковой сумки.

Если гнойный процесс распространялся на парапанкреатическую клетчатку и ограничивался верхним этажом брюшной полости, то выполняем поперечную широкую оментобурсолапаростомию с последующими этапными некрэктомиями поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки до купирования воспаления, после чего стому ушиваем.

Наличие ферментативного перитонита служило показанием к лапароскопическому дренированию брюшной полости.

При распространенном гнойно-фибринозном перитоните методом выбора считаем широкую срединную лапаротомию с наложением лапаростомы при помощи «молнии-застежки» с этапными плановыми санациями брюшной полости. После купирования воспалительного процесса в нижнем и среднем этажах брюшной полости и восстановления перистальтики кишечника переднюю брюшную стенку ушиваем с формированием оментобурсостомы, через которую продолжаем эндоскопический контроль за состоянием поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки до полного купирования воспаления.

Наличие желчной гипертензии при всех формах ОП являлось показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии или холецистостомии.

Такой тактический подход в лечении ОП позволил стабилизировать за последние годы летальность при данной патологии на 14%.

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. П. Сажин, Ю. А. Ерогин, А. Л. Авдovenko
г. Ново-Московск

В основу работы положен анализ результатов гистологического исследования 30 случаев операционного материала поджелудочной железы (ПЖ) и 33 случаев секционного материала у больных, умерших от панкреонекроза алкогольной этиологии в возрасте от 18 до 46 лет. Смерть больных наступила в 1—16-е сутки от начала заболевания. В 80% случаев поражение ПЖ носило тотальный характер.

При исследовании операционного материала определяли сливные очаги жирового и геморрагического, а также смешанного некроза с преобладанием (60%) геморрагического компонента.

При патогистологическом исследовании секционного материала в первые 3-е суток с момента смерти отмечали резкое набухание стромы железы с обширными очагами жирового и геморрагического некроза, поражение микроциркуляторного русла, с тромбозами и микронекрозами миокарда.

На 3—7-е сутки в ПЖ очаги некроза носили тотальный характер с лизисом ацинарных клеток на фоне обширных кровоизлияний. В этот период в очагах железистой ткани появлялись участки пролиферации фибробластов. Поражение легких проявлялось в виде отека и полнокровия, в ряде наблюдений в развитии бронхопневмонии. Поражение печени и почек характеризовалось очаговыми некрозами гепатоцитов на фоне уже имевшейся мелко- или крупнокапельной жировой дистрофии центров печеночных долек и дистрофическими изменениями клубочков и эпителия извитых канальцев почек вплоть до их некроза.

В более поздние сроки смерти в очагах жирового и геморрагического некроза ПЖ определяли густые лейкоцитарные инфильтраты, местами трансформированные в микроабсцессы, сосуды были тромбированы гнойными тромбами; в легких — очагово-сливная пневмония с признаками абсцедирования; в печени — жировая дистрофия периферии долек и появление «пенистых» клеток; в почках — лейкоцитарная инфильтрация стромы очагового, местами диффузного характера, микроабсцессы.

Таким образом, данные патоморфологического исследования при остром алкогольном панкреатите свидетельствуют о том, что алкоголь индуцирует чаще всего тотальный геморрагический панкреонекроз с развитием в первые 3-е суток острой сердечно-сосудистой недостаточности; на 3—7-е сутки — органной почечно-печеночной и легочной недостаточности, а в более поздние сроки летальные исходы обусловлены развитием гнойной интоксикации.

ПРЯМАЯ И ЛЮМИНЕСЦЕНТНАЯ ПАНКРЕАТОСКОПИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

С. А. Совцов, В. Ю. Подшивалов, И. Бархатов
г. Челябинск

Несмотря на значительный арсенал методов исследования поджелудочной железы, имеющих у хирургов, процент диагностических ошибок при деструктивном панкреатите остается достаточно большим. С целью повышения точности поражения железы мы в своей практике начиная с 1990 г. стали использовать прямую панкреатоскопию. В процессе выполнения лапароскопии, после ревизии брюшной полости, исследования экссудата на ферментативную активность, доступом через желудочно-ободочную связку производили визуальную оценку элементов малого сальника и поверхности поджелудочной железы. Это дало возможность практически у всех больных верифицировать форму панкреонекроза: мелко- и крупноочаговую геморрагическую, жировую, смешанную и т. п. Объективная оценка состояния поджелудочной железы при различных формах ее некроза в сочетании с клинической, лабораторной и инструментальной картиной позволила нам определить выбор оптимальной лечебной тактики, обосновать показания к оперативному лечению. Всего за указанный промежуток времени исследование было проведено у 84 больных (59 мужчин и 25 женщин) в возрасте 25—84 года. В 62 случаях диагностическое исследование дополняли лечебными мероприятиями: блокада круглой связки печени, ее катетеризация, наложение разгрузочной холецистостомии при явлениях желчной гипертензии, дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните, установление систем для регионарного диализа сальниковой сумки. С целью расширения возможностей лапароскопии, повышения достоверности прямой панкреатоскопии при панкреонекрозе мы использовали люминесцентные технологии. Исследования проводили в синеголубом цвете с длиной волны 465—490 нм., при внутривенном введении 10 мл 10%-ного раствора флуоресцина натрия. 14 больным с клиникой острого панкреатита в возрасте 22—78 лет было выполнено сочетание традиционной лапароскопии с люминесцентной. Целью исследования являлись определение распространенности деструктивного процесса поджелудочной железы и оценка состояния желчного пузыря.

Проведенные исследования показали, что наиболее яркое желто-зеленое свечение имеют бляшки стеатонекроза. Участки со сглаженной структурой в железе имели неоднородный вид за счет желто-зеленого свечения в виде тонкой сетки, чередующейся с более бледными по интенсивности свечения участками. Крупные зоны геморрагического некроза свечения полностью не имели. Интенсивность свечения была неоднородной и в краях поджелудочной железы, что также указывало на преимущественное распространение панкреонекроза. В тканях, имеющих стекловидный отек, выявлялись мелкоточечные (до 0,3—0,5 см) участки, лишенные свечения, что свидетельствовало о наличии уже мелкоочагового панкреонекроза. Осмотр желчного пузыря при панкреонекрозе при люминесцентном исследовании показывал диффузное снижение интенсивности его свечения при сдавлении шейки желчного пузыря. Таким образом, прямая и люминесцентная панкреатоскопия позволяет с высокой степенью достоверности оценить степень поражения поджелудочной железы и конкретизировать тактику лечения.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

С. А. Соколов, Р. Т. Талипов, Г. П. Филимонов, В. Ю. Подшивалов, А. В. Ремизов
г. Челябинск

Мы располагаем опытом лечения 7140 больных острым панкреатитом, из них оперированы 888 (оперативная активность составила 12,4%). Умерло всего больных 348 (4,8%), из них после операции — 270 (30,4%). С учетом этих показателей, мы в последние 3 года большое внимание стали уделять верификации диагноза и прогнозированию фаз заболевания, т. к. только это позволяет определить конкретную хирургическую тактику. С этой целью создали собственную оригинальную классификацию острого панкреатита. Он разделен на два вида: а) отечный и б) некротический. Помимо этого выделены фазы заболевания: а) шока (гемодинамических расстройств), б) ферментативной токсемии, в) инфильтрата, г) гнойно-септических осложнений, д) полиорганной недостаточности. Всем больным проводили УЗИ брюшной полости, при ее неясности выполняли КТ. Больные госпитализировались в отделение реанимации, где осуществляли комплекс консервативного лечения, а полученную динамику состояния оценивали с помощью системы Ranson. Использовали инфузионно-трансфузионную терапию, антиферментную терапию — ингибиторы протеаз и цитостатики (нами не получен убедительный лечебный эффект сандостатина). Большое внимание уделяли антибактериальной терапии для деконтаминации кишечника, использованию энтерального или парентерального питания. При неэффективности проводимой терапии или ухудшения состояния больного, появления признаков полиорганной недостаточности и гнойных осложнений выставляли показания к оперативному лечению. Объем вмешательства, как правило, заключался в некр-, секвестрэктомии ткани железы и окружающей клетчатки, установке дренажей для диализа салниковой сумки. При имеющейся забрюшинной флегмоне выполняли мобилизацию углов поперечно-ободочной кишки по фасции Герата и достаточно широкие разрезы вдоль внутренних краев брыжейки восходящей и нисходящей частей ободочной кишки. Через 2—3-е суток производили плановую санацию зоны поражения. От динамики ее глубины поражения выполняли либо резекцию части железы, либо санационную некр-, секвестрэктомии. В послеоперационном периоде для оценки динамики состояния больных помимо балльных систем использовали УЗИ и КТ (по показаниям), что значительно влияло на частоту плановых санаций области поджелудочной железы и клетчатки. Решающим фактором в исходе заболевания играет успешная коррекция полиорганной недостаточности. В результате проводимого комплекса лечения удалось в последние 2 года снизить послеоперационную летальность до 24%, на фоне стойкого уменьшения оперативной активности до уровня 7—9%.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, С. З. Бурневич
г. Москва

В выборе лечебной тактики у больных панкреонекрозом клиника придерживается индивидуального подхода в зависимости от этиологии, масштаба поражения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, фазы развития заболевания, тяжести состояния пациента. Объем и длительность проводимой консервативной терапии и показания к операции определяем с учетом степени тяжести панкреонекроза и его осложнений по данным комплексной оценки характера поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, брюшной полости (УЗИ, УЗИ-пункции, компьютерная томография, лапароскопия) и тяжести физиологического состояния больного по оригинальным и традиционным методикам.

Всем больным с деструктивным панкреатитом проводим комплексное лечение только в условиях отделения интенсивной терапии, обязательным компонентом которого является многоцелевое применение сандостатина с длительностью терапии не менее 7 суток. Критериям адекватной антибактериальной профилактики и терапии

отвечают препараты группы карбапенемов, фторхинолонов, защищенных пенициллинов широкого спектра действия, цефалоспоринов III и IV поколения, а также своевременное назначение фунгицидных средств (флуконазол).

Показаниями к операции являются: инфицированные осложнения панкреонекроза независимо от тяжести состояния больного, неэффективность комплексной консервативной терапии независимо от факта инфицирования очагов панкреонекроза.

При операциях в ранние сроки заболевания их объем включает абдоминализацию поджелудочной железы, некрэктомию с преимущественно «закрытым» дренированием забрюшинной клетчатки при очаговых поражениях поджелудочной железы, оментобурсо- и (или) люмбостомии при тотально-субтотальных формах панкреонекроза и парапанкреатическом некрозе, оментобурсолапаростомии при распространенном поражении забрюшинного пространства.

В фазе постнекротических септических осложнений считаем показанным некрэксвестрэктомии, санацию и преимущественное «открытое» дренирование забрюшинной клетчатки и (или) брюшной полости (оментобурсостомия/лапаростомия) в сочетании с режимом этапных (через 24–48 часов) санаций и ревизий забрюшинного пространства и брюшной полости.

Комплексные лечебные мероприятия у больных панкреонекрозом, включающие активную хирургическую тактику, рациональную интенсивную и антибактериальную терапию, позволили снизить летальность в последние годы до 25%.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

В. И. Тарабрин
г. Кемерово

Аррозивные кровотечения, возникающие при панкреонекрозах, значительно осложняют проблему лечения больных с данной патологией и обуславливают высокую летальность.

Клиника хирургических болезней КГМА за последние 15 лет располагает опытом лечения 37 больных с кровотечениями при гнойных осложнениях панкреонекроза.

27 больных переведены в клинику из хирургических отделений города и области в тяжелом состоянии по поводу гнойно-некротического панкреатита, парапанкреатита, гнойников забрюшинного пространства, 19 из них были оперированы на месте до поступления. Мотивацией для перевода в специализированный стационар — отсутствие эффекта от лечения, прогрессивное ухудшение общего состояния.

Формирование секвестров, гнойных полостей было показанием к ревизии, санации, дренированию сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Операции выполняли многократно. На этом фоне у больных развилось в различной степени выраженное кровотечение: легкой степени наблюдалось у трех, средней — у семи, тяжелой — у 27. У 16 пациентов кровотечение отмечалось после второй ревизии гнойно-некротического очага, у 11 — после третьей, у 8 — после четвертой, а у двух — после пятой.

Диагностика аррозивных кровотечений не представляет затруднений. У 4 больных, имевших гнойные полости больших размеров забрюшинного пространства, наряду с наружным кровотечением наблюдалось и скопление значительного количества крови в них. В трех случаях установлено кровотечение в полость формирующейся постнекротической кисты, содержащей секвестры. У 4 больных имели место признаки кровотечения в желудочно-кишечный тракт (рвота с кровью, мелена).

Из 37 больных у 24 источником кровотечения были сосуды поджелудочной железы, у 10 — сосуды брыжейки поперечно-ободочной кишки, селезенки — у 5, желудочная артерия — у 1.

Для остановки кровотечения использован метод прошивания и перевязки кровоточащего сосуда, а в 10 случаях из-за выраженной инфильтрации тканей с целью предупреждения рецидива кровотечения дополнительно проведено тугое тампонирующее. В 4 случаях аррозивное кровотечение удалось остановить только левосторонней резекцией поджелудочной железы. При кровотечениях из селезеночных сосудов у 5 выполнена спленэктомия.

В первое десятилетие из 28 больных умерли 9 (32,13%), из них у 4 — возобновление кровотечения после повторных безуспешных остановок, у двух — в послеоперационном периоде развился ДВС-синдром, у 3 — синдром полиорганной недостаточности.

Профилактика аррозивных кровотечений состоит в своевременной диагностике и рациональном лечении острого панкреатита, панкреонекроза и его гнойных осложнений. Положительный результат профилактических мер есть: уменьшилось количество больных с аррозивными кровотечениями. За пять последних лет было 9, умерли 2 (22,22%).

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. И. Тарабрин, А. В. Кирик
г. Кемерово

Клиника хирургических болезней КГМА располагает опытом лечения 59 больных с гнойными поражениями поджелудочной железы (ПЖ), что составило 25,71% от больных панкреонекрозом.

По этиологическому фактору больные распределились: алкогольная форма (59,61%), билиарная (27,33%), послеоперационная и посттравматическая (12,06%).

Деструктивный и нагноительный процессы паренхимы поджелудочной железы имеют тенденцию к распространению на парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку.

Поражение жировых клетчаточных пространств: околопанкреатического, паранефрального, околотолстокишечного, забрюшинного, клетчатки брыжеек поперечно-ободочной и тонкой кишок, клетчатки вдоль крупных сосудов имело место у 57 (96,62%) больных, у 2 (3,38%) гнойный процесс был очаговым в пределах ткани поджелудочной железы.

На этапе диагностики гнойных осложнений панкреонекроза проводим ультразвуковое исследование (УЗИ), пункции, аспирацию содержимого, промывание полостей, дренирование их, динамические фистулографии.

Дренирующие операции под УЗИ выполняем больным с ограниченными гнойниками забрюшинного и парапанкреатического пространства и нагноившимися постнекротическими кистами.

Контроль изменений в поджелудочной железе, парапанкреатической клетчатке, своевременная санация реализуется программированными перевязками, этапными эндоскопическими некрэктомиями, пункциями гнойных полостей под контролем УЗИ. С 1984 года применяем «Метод использования лапароскопа для осмотра и санации кистозных полостей», рац. предложение № 1377, выдан КГМИ.

Показания к повторным санациям определяли, ориентируясь на общее состояние больного, клинико-лабораторные показатели, уровень интоксикации, отделяемое по дренажам, данные фистулографии, УЗИ. Неэффективность пункционного метода явилась показанием к операции.

Выделяют первичный панкреатогенный ферментативный асептический перитонит, вторичный гнойный панкреатогенный, возникающий на фоне гнойного панкреатита при выходе инфицированного содержимого из сальниковой сумки, забрюшинного пространства, параколического пространства.

Показанием к операции был гнойный панкреатогенный перитонит у 12 больных: после перфорации брюшины при гнойном парапанкреатите у 7 больных, забрюшинного клетчаточного пространства у корня брыжейки у 5. 19 крайне тяжелых больных с забрюшинными флегмонами отнесены в категорию лиц с высоким операционным риском. Пункции под УЗИ, дренирование и санация полостей входили в комплекс предоперационной подготовки. Они оперированы, 59 больным выполнены 102 операции. Летальность составила 24,14%.

Ранняя диагностика, применение пункций под УЗИ, своевременный переход на открытый метод улучшают результаты лечения гнойных осложнений панкреонекроза.

К ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНИВШИМСЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И. И. Таранов, Н. Л. Хашиев, Ш. А. Текчурик, А. И. Маслов
г. Ростов-на-Дону

Как известно, одним из тяжелых осложнений панкреонекроза является развитие обтурационной дуоденальной непроходимости. Нарушение пассажа содержимого из желудка значительно усугубляет состояние пациентов: нарастают явления эксикоза, интоксикации, сдвиги водно-электролитного и других видов обмена веществ. В связи с этим возникает необходимость коррекции метаболических нарушений. Как правило, используют парентеральное (ПП) или энтеральное зондовое питание (ЭЗП). Для ЭЗП проводят назоинтестинальный зонд или накладывают еюностому.

Нами у 18 больных наряду с ПП выполнено проведение двухканального зонда собственной конструкции в верхний отдел пищеварительного тракта. Один его канал для ЭЗП проводили через суженную часть двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопа, второй канал располагали в желудке для наружной его декомпрессии. У 13 пациентов, которым не удалось провести двухканальный зонд или не представлялась возможность выполнить эту манипуляцию из-за крайней тяжести состояния, ЭЗП осуществляли через дренаж общего желчного протока, установленный во время операции для декомпрессии внепеченочных желчных ходов. Наши наблюдения показали, что при соблюдении определенных условий (скорости инфузии, проходимости холедоха и большого дуоденального сосочка, контроле внутрипротокового давления в холедохе) возможно введение в двенадцатиперстную кишку жидких питательных смесей (раствора Рингера, физраствора, глюкозо-электролитных растворов, гидролизата казеина) в объеме 1,2—1,8 л в сутки через дренажную трубку холедоха. Для этого убеждались в проходимости холедоха и большого дуоденального сосочка путем холефистулографии или введения с помощью шприца теплого (37,0° С) 0,25%-ного раствора новокаина, измеряли внутрипротоковое давление (оно должно быть не более 120 мм водного столба). Затем к дренажной трубке холедоха подсоединяли инфузионную систему и начинали вводить питательную смесь со скоростью 20 капель в 1 минуту. Повторно измеряли внутрипротоковое давление на фоне инфузии питательной смеси. Если оно не превышало 120 мм водного столба, то скорость

инфузии увеличивали до 30, а затем до 40 капель в 1 минуту. Если на фоне данной скорости инфузии внутрипротоковое давление повышалось более 130 мм водного столба, то скорость введения питательной смеси уменьшали, возвращаясь на предыдущий ее уровень. Такое питание осуществляли 2—3 недели и более до полного восстановления проходимости двенадцатиперстной кишки и появления возможности перорального приема пищи. Каких-либо осложнений в связи с таким способом введения питательной смеси не отмечено. У больных наблюдалась стабилизация состояния, уменьшение выраженности водно-электролитных сдвигов и кислотно-щелочного состояния.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

С. В. Тарасенко, А. В. Федосеев, С. Н. Соколова, А. А. Копейкин
г. Рязань

В клинике госпитальной хирургии РГМУ имени акад. И. П. Павлова с 1995 по 1999 гг. находились 136 больных с панкреонекрозом, у 26 из которых верифицирована атипично протекавшая тяжелая форма заболевания, в том числе 19 мужчин и 7 женщин. Возраст — от 32 до 67 лет. Типичной клиникой считали наличие характерных проявлений заболевания: типичного раннего абдоминального болевого синдрома — 72% больных; пареза желудка и динамической непроходимости кишечника — 81% больных; гемодинамических расстройств, по гипертоническому — 27%, гипотензивному — 33% или нормотоническому типу — 40% больных; нарушения периферической микроциркуляции — 13% больных.

Анализ результатов клинического, биохимического, инструментального и интраоперационного исследований позволил выделить следующие атипичные клинко-морфологические формы панкреонекроза: 1) с преобладанием клиники первичного панкреатогенного «перитонит-асцита» — 4 больных — после эпизода невыраженной кратковременной боли в эпи- или мезогастрии прогрессивно нарастал объем выпота в свободной брюшинной полости, достигая 4—7 литров в течение 1—2 недель, клинически проявляя себя в этот период сравнительно небольшим или умеренным напряжением мышц живота, тошнотой, нарастающей слабостью. Лабораторных и биохимических проявлений панкреатита не было. При УЗИ живота определялась свободная или осумкованная жидкость в различных отделах брюшной полости. Температура тела не повышалась. При лапаротомии — тотальный панкреонекроз, гидроперитонеум — 4—7 литров прозрачной или геморрагической жидкости с высоким уровнем амилазы, в трех случаях — напряженная гематома над проекцией поджелудочной железы. Летальность в этой группе составила 98%; 2) с преобладанием клиники парапанкреатита в качестве первых проявлений заболевания — 11 наблюдений — ограниченного (собственно забрюшинная и околопочечная клетчатка), распространенного (околоободочная клетчатка, клетчаточные пространства сальников, связочного аппарата желудка, мезоколон) или обширного (распространение на клетчатку средостения перикарда и эпикарда), при субклиническом течении заболевания в первые 10—15 суток. Интраоперационно-тотальный некроз pancreas с обширной секвестрацией жировой клетчатки забрюшинного пространства. Летальность в данной группе — 32%; 3) ведущая клиника деструктивного (ферментативного) холецистита — 5 больных. После холецистэктомии в течение двух недель развился тотальный панкреонекроз с гнойным ретропанкреатитом и оментобурситом. Летальность — 54%; 4) субклиническая форма с постепенным формированием оментобурсита при тотальном некрозе преимущественно pancreas в виде одного или нескольких крупных секвестров — 6 больных. В данной группе летальных исходов не было.

ЗНАЧЕНИЕ АУТОХТОННОЙ МИКРОФЛОРЫ В ГЕНЕЗЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. С. Тарасенко, В. И. Никитенко, А. А. Стадников, А. В. Вальшев
г. Оренбург

С целью выявления причастности условно-патогенных бактерий желудочно-кишечного тракта в развитии панкреонекроза проведены экспериментальные исследования на 54 белых крысах по изучению феномена транслокации индигенной флоры (*E. coli*), меченой Н³ тимидином, и оценка состояния микробиоценоза кишечника у 55 больных панкреонекрозом.

В условиях экспериментальной модели панкреонекроза было доказано, что *E. coli* ускоряла развитие дистрофических и деструктивных процессов в стенках желудка, кишечника и особенно в печени и поджелудочной железе (ПЖ), изменения носили прогрессивный характер, возникали к концу первых суток эксперимента в сравнении с контрольной группой животных. Усилению транслокации с наибольшей концентрацией микроорганизмов в органах с элементами моноцитарно-макрофагальной системы: селезенка, брыжеечные лимфоузлы, очаг воспаления (ПЖ) — способствовало нарушение целостности слизистой оболочки гастроинтестинального тракта вследствие воспалительно-деструктивных изменений в слизистой кишечника.

Во время операции, предпринятой через 24–48 часов с момента поступления по поводу деструктивного панкреатита, было установлено, что в 50% случаев тканевой детрит ПЖ содержал микроорганизмы, которые по морфологическим, тинкториальным, культуральным, биохимическим свойствам, антитоксической структуре и наличию факторов вирулентности были идентичны микроорганизмам, выделенным из просвета 12-перстной кишки. Выделенные микроорганизмы во всех случаях относились к семейству Enterobacteriaceae, были обнаружены в 63,6% — с билиарным, в 50% — с алиментарным и в 20% — у больных с алкогольным генезом панкреатита.

Сравнительные исследования, проведенные у 55 больных панкреонекрозом и у 21 пациента с хроническим панкреатитом по изучению микробиоценоза кишечника, выявили существенные отклонения в количественном и качественном составе аутохтонной микрофлоры у больных панкреонекрозом.

Глубина изменений микробиоценоза кишечника (дисбиоз III — IV степени) определялась билиарным генезом панкреонекроза, длительностью заболевания свыше суток, клинической картиной панкреатита с наличием перитонита и напрямую была связана с нарушением пассажа желчи, панкреатического сока в кишечник, протекающих на фоне пареза желудочно-кишечного тракта, обуславливая первичную и вторичную контаминацию поджелудочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М.Х.-Б. Татаршаев, А. А. Караев, А. А. Асланкулов
г. Черкесск

За период с 1989 по 1999 гг. в нашем отделении пролечены 96 больных с панкреонекрозом, у 23 (23,9%) течение основного заболевания осложнилось кровотечением из очага деструкции (10 больных) и желудочно-кишечного тракта (13 больных). Причиной острых желудочно-кишечных кровотечений является образование острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки. Факторы, приводящие к их образованию, многообразны, но имеют в своем патогенезе свои особенности, которые необходимо учитывать при профилактике и лечении кровотечений. Всем больным с панкреонекрозом в первые часы вводим назогастральный зонд, производим эвакуацию содержимого желудка и ДПК, орошение ДПК слабым раствором HCl, промывание желудка раствором Рингера; перорально вводим сукральфат до 12 граммов в сутки, висмутсодержащие препараты; назначаем H₂-блокаторы, сандостатин в дозировке 100–450 мг двух-трехкратно внутривенно медленно; производим двустороннюю вагосимпатическую блокаду. Учитывая важную роль нарушений микроциркуляции, проводится ее целенаправленная коррекция. При развившемся кровотечении наряду с медикаментозной терапией проводим лечебную эндоскопию: электро-, лазерокоагуляцию источника кровотечения, обкалывание язв с введением раствора адреналина, аппликацию клеевой пленкой.

Такая лечебная тактика позволила снизить частоту гастро-дуоденальных кровотечений с 9 (9,38%) случаев в период с 1989 по 1994 гг. до 4 (4,34%) случаев в период с 1994 по 1999 гг. при относительно равном количестве наблюдений панкреонекроза (46 и 50 случаев). Летальность снизилась с 5 (55,5%) случаев в первый период (1989–1994 гг.) до 1 (25%) во второй (1994–1999 гг.).

Кровотечения из очага деструкции ткани поджелудочной железы останавливали оперативным путем. При диффузном кровотечении и при невозможности достижения полного гемостаза путем лигирования или прошивания сосудов операцию завершали тугой тампонадой очага кровотечения; первую смену тампона производили на 6–7-е сутки в условиях операционной.

Кровотечения из селезеночных сосудов наблюдали у 3 больных, во всех случаях требовало их перевязку с последующей спленэктомией. Наиболее грозным является кровотечение из воротной вены, которое отмечено у 2 больных. В одном случае больной умер во время релапаротомии, во втором — при рецидиве кровотечения после произведенного ушивания стенки дефекта. При кровотечении из поджелудочно-двенадцатиперстных сосудов 2 больным производили перевязку сосудов на протяжении.

КОНЦЕПЦИЯ «ОБРЫВА» ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

А. Д. Толстой, В. Б. Краснорогов, Р. А. Сопля, В. Р. Гольцов, В. Г. Двойнов
г. Санкт-Петербург

Реальное улучшение результатов лечения тяжелого ОП может быть связано с разработкой и внедрением концепции «обрыва» панкреонекроза, основанной на применении патогенетически обоснованных методов упреждающего лечения в периоде, когда процесс некробиотических изменений в поджелудочной железе еще обратим, т. е. в первые 12–48 час. от начала заболевания. Основными компонентами «обрывающего» (или «упреждающего») лечебного комплекса являются внутриаортальная терапия антигипоксантами и серийный плазмоферез, сопровождаемый инфузионной терапией, нацеленной на коррекцию микроциркуляции, лимфостимуляцию, перемещение тканевой жидкости в кровоток и форсирование диуреза. К дополнительным

компонентам относятся антисекреторная терапия (сандостатин и др. препараты), циткиновая блокада и энтеросорбция. Проведение «упреждающего» комплекса лечебных мероприятий возможно при раннем выявлении больных тяжелым и крайне тяжелым ОП на основе комплекса простейших клинико-лабораторных признаков.

Такой комплекс «упреждающей» терапии применен у 56 пациентов, больных тяжелым ОП (средний срок начала лечения 7 часов). Его максимальной эффективности соответствует «полный обрыв» программы развития жизнеугрожающего заболевания с последующим абортным течением, отмеченным у 48 (85%) больных. Умеренной эффективности соответствует последующее развертывание реактивного периода заболевания с развитием гнойных осложнений у 8 больных (15,4%). Летальный исход отмечен у 9 (16%). Контролем служила группа из 50 пациентов, больных ОП такой же степени тяжести, которым аналогичное лечение было начато в сроки более 24 час. от начала заболевания. Частота ГО этой группе составила 65%, умерли 14 (28%), 10 из которых — от сепсиса.

Таким образом, оптимальные результаты лечения тяжелого и крайне тяжелого ОП достижимы при сочетании следующих условий: а) ранней госпитализации; б) оценке тяжести и прогнозирования течения ОП при поступлении больного в стационар и в последующие часы; в) немедленном применении описанного комплекса «упреждающего» лечения, направленного на блокирование ведущих звеньев патогенеза ранней фазы заболевания. Дальнейшая разработка и усовершенствование методов «обрыва» развития панкреонекроза являются ключом решения проблемы тяжелого ОП.

ПРОБЛЕМЫ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А. С. Толстокозов, Н. М. Кузнецов, В. Ю. Максимов, Г. И. Гудко, С. М. Скопец
г. Саратов

В клинику хирургии ФПК и ППС СГМУ, располагающуюся на базе областной клинической больницы, с 1995 по 1999 гг. госпитализированы 37 больных из районов области с различными формами осложненного панкреонекроза (32 из них первоначально были оперированы в ЦРБ). В связи с ухудшением состояния на 7—15-е сутки все больные были переведены в клинику.

По различным показаниям 28 человек оперированы. Из них 26 — повторно. Выявлено, что в декомпрессии желчных путей нуждались 16, в абдоминализации ПЖЖ — 7 больных. Те или иные дефекты дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства имели 2/3 больных. Из 26 пациентов с РЛ паранекротический гнойный осложнения имели 7, забрюшинные абсцессы и флегмоны — 9, расплавление брюшины с формированием абсцессов брюшной полости и (или) отграниченных перитонитов — 5. У двух имелись несформированные дуоденальный и толстокишечный свищи. Гнойно-некротическая секвестрация ПЖЖ различной протяженности была у 19.

При РЛ и первичных операциях (2) применяли некрэктомию, широкое дренирование забрюшинной клетчатки, в т. ч. из поясничного доступа слева с использованием проточно-аспирационного метода; холецистостомию и холедохостомию. Динамическое клиническое наблюдение с применением УЗИ позволило отказаться от повторных операций у 6 больных, оперированных в ЦРБ, и у 3 из 5, направленных без операции, несмотря на то что у них имелись сонографические признаки деструкции ПЖЖ с секвестрацией и паранекротическим инфильтратом. Им выполнили лапароскопию, ЭРХПГ с удалением камней (3) и дренировали сальниковую сумку и брюшную полость с хорошими результатами. Эндотоксикоз у самых тяжелых пациентов купировали эфферентной терапией на фоне введения пентаглобина, сандостатина, тиенема и меронема. Из 34 оперированных умерли 7. После РЛ — 4 с распространенной забрюшинной флегмоной, по одному — от кровотечения из ПЖЖ и несформированного дуоденального свища. Без РЛ — 1 от ОПН. Считаем, что при панкреонекрозах, особенно в сочетании с желтухой и ферментативным перитонитом, на первичном этапе госпитализации при отсутствии эндоскопического оборудования и УЗИ-аппаратов больные не должны задерживаться. Им показаны дезинтоксикационная терапия и коррекция гемодинамики с целью обеспечения транспортировки в многопрофильные стационары, располагающие экстракорпоральными методами детоксикации.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

В. З. Тотиков, Д. Б. Дзгоева, Г. К. Мильдзихов
г. Владикавказ

С 1995 по 1999 гг. в клинике находились на лечении 69 больных с панкреонекрозом. У 46 выявлен геморрагический, 18 жировой и у 5 — смешанная форма. Из них у 14 были признаки инфицирования, еще у 9 больных эти признаки появились на фоне проводимого лечения. Диагноз устанавливался на основании жалоб, клиники, лабо-

раторных методов исследования, УЗИ и лапароскопии. При наличии фибринозного или желчного перитонита (13 больных) и острого гангренозного холецистита выполнялись экстренные лапаротомии. Оперативные вмешательства ограничивались абдоминализацией поджелудочной железы, некрэктомией, проточным дренированием салниковой сумки (дренажные трубки диаметром не менее 1 см), санацией и дренированием брюшной полости, назоинтестинальной интубацией и дренированием желчевыводящих путей. У больного с гангренозным холециститом выполнена холецистэктомия. При ферментативном характере перитонита (32 больных) производилось лапароскопическое дренирование брюшной полости, катетеризация круглой связки печени и холецистостомия (при наличии признаков гипертензии внепеченочных желчных протоков). При отсутствии признаков инфицирования (24 больных) лапароскопия ограничивалась катетеризацией круглой связки печени. Медикаментозную, инфузионную и детоксикационную терапию старались проводить по общепринятым схемам, однако из-за дороговизны цитостатических препаратов и регуляторных пептидов полноценную терапию удалось применить не всем больным, эти препараты использованы только у 15 больных. Прогрессирование процесса на фоне проводимого лечения отмечено у 9 больных, в том числе у трех с полноценным медикаментозным лечением. В связи с этим больным выполнены лапаротомии. У 11 больных с панкреонекрозами развились абсцессы и инфицированные кисты салниковой сумки и поджелудочной железы, им выполнены операции вскрытия и дренирования этих образований. Из 69 больных с панкреонекрозами умерли 11 больных, 10 — после лапаротомии. У всех 10 больных выявлены распространенные формы панкреонекроза. Один больной с геморрагическим панкреонекрозом и механической желтухой умер после лапароскопического вмешательства, на фоне нарастания сердечно-сосудистой и почечной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УЧЕТОМ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ И НАЛИЧИЯ ПАНКРЕАТИТА

М. Г. Урман, В. А. Черкасов, И. Г. Бурнышев
г. Пермь

Опыт клиники основан на лечении 245 пострадавших с повреждениями поджелудочной железы: закрытая травма — 141, ранения — 104 (ножевое — 99, огнестрельное — 5). Во время первичного вмешательства по поводу закрытой травмы железы панкреатит выявлен при 1-й степени тяжести повреждения органа у 15 из 38 (39,5%), 2-й — у 10 из 28 (35,7%), 3-й — у 21 из 55 (38,2%), 4-й — у 1 из 8 пострадавших; при ранениях железы — у 1 из 104 (0,96%) больных.

У 153 пострадавших с ушибом, «подкапсульной» гематомой, разрывом или ранением железы без повреждения вирсунгова протока вмешательство заключалось в парапанкреатической блокаде и дренировании салниковой сумки. Аналогичная тактика применена у 6 пострадавших с полным перерывом железы и у 26 — с глубоким разрывом (ранением) в проекции вирсунгова протока. При обнаружении панкреатита выполняли «абдоминализацию» железы и проводили сквозной дренаж; в условиях плотного инфильтрата применяли два дренажа, перекрещивающихся в зоне повреждения железы. Однако при 3-й степени тяжести травмы железы ограничение вмешательства дренированием салниковой сумки ведет не только к формированию панкреатического свища, но и увеличивает риск других жизнеопасных осложнений: расплавление стенки желудка (1) или двенадцатиперстной кишки (2), аррозивное кровотечение (3), абсцесс салниковой сумки (3), флегмона забрюшинного пространства (2). Значительно реже эти осложнения встречаются после дистальной панкреатэктомии, но она травматична — у 18 из 24 оперированных сопровождалась спленэктомией. Поэтому у 14 пострадавших с перерывом перешейка железы наложен дистальный панкреатоеюноанастомоз с выключенной по Ру петлей кишки на погружном дренаже. Необходимым условием создания анастомоза является отсутствие панкреатита, перитонита, тяжелой кровопотери. Панкреатодуоденальная резекция выполнена 9 пострадавшим: при первичном вмешательстве — 3, релапаротомии — 6. Показанием к такому объему операции у 6 человек служило сочетанное повреждение поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока, у 2 — повторная несостоятельность ушитого разрыва забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки, у 1 — панкреонекроз головки железы с расплавлением стенки двенадцатиперстной кишки при первичном вмешательстве наложен дистальный панкреатоеюноанастомоз. У 24 больных травма головки поджелудочной железы, осложненная панкреатитом, служила показанием к холецистостомии. По неотложным показаниям оперированы 12 больных с напряженной кистой поджелудочной железы в сроки 4–5 недель после травмы. У 8 из них капсула кисты была сформирована — наложен цистоеюноанастомоз: у 4 больных из-за панкреатита, ферментативного перитонита выполнена марсупиализация кисты.

Послеоперационная летальность, обусловленная непосредственно повреждением поджелудочной железы, при закрытой травме составила 10,6 %, ранениях — 4,8%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

А. П. Уханов

г. Великий Новгород

В онкологическом центре Новгородской областной клинической больницы под наблюдением находились 60 больных, которым выполнены различные хирургические вмешательства на поджелудочной железе, в том числе дистальная резекция поджелудочной железы при расширенных гастрэктомиях у 28, резекция поджелудочной железы при кистах поджелудочной железы у 3, панкреатоцистодигестивные анастомозы у 22 больных, резекции головки поджелудочной железы у 3, панкреатодуоденальные резекции у 4 больных.

Острый послеоперационный панкреатит развился у 18 больных (30%). Диагноз послеоперационного панкреатита ставили на основании клинических и лабораторных данных. В клинической картине панкреатита имели место признаки сердечно-сосудистой недостаточности у 10 больных (55,6%), выраженный болевой синдром в верхней половине живота с иррадиацией в поясницу у 8 (44,5%), явления стойкого пареза кишечника и симптомы интоксикации у 7 больных (38,9%). Амилаза крови и диастаза мочи была повышена у 14 больных (77,8%).

С целью профилактики и лечения послеоперационного панкреатита применяли внутривенное введение блокаторов панкреатического протеинового биосинтеза (5-фторурацил, фторафур, циклофосфан) и ингибиторов протеиназ (контрикал, гордокс и др.), форсированный диурез, антибиотики цефалоспоринового ряда, иммуномодуляторы. Показанием к релапаротомии явились признаки гнойных осложнений со стороны брюшной полости или поджелудочной железы, симптомы несостоятельности панкреатодигестивного соустья. У 10 больных явления панкреатита удалось купировать консервативными мероприятиями, релапаротомия выполнена у 8 больных, при этом некрсеквестрэктомия поджелудочной железы и дренирование сальниковой сумки у 6 больных, дренирование сальниковой сумки у 2 больных. Умерли после операций 4 больных, причиной смерти явилось прогрессирование панкреатита, перитонит.

Таким образом, наш небольшой опыт показывает, что возникновение послеоперационного панкреатита при операциях на поджелудочной железе наблюдается почти у трети больных. При наличии клинических признаков панкреатита необходимо проведение консервативных мероприятий, направленных на купирование отека и подавление секреторной функции поджелудочной железы. При появлении симптомов деструктивного процесса в поджелудочной железе показана релапаротомия.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Федоровский

г. Новосибирск

У 39 больных панкреонекрозом, лечившихся в больнице скорой медицинской помощи № 1 г. Новосибирска, имелись следующие осложнения: абсцессы поджелудочной железы и сальниковой сумки (22), флегмона забрюшинной клетчатки (9), постнекротические кисты (8). У 15 больных кисты и абсцессы сочетались с такими осложнениями, как разлитой гнойный перитонит вследствие перфорации (4), абсцессы другой локализации (5), флегмона забрюшинной клетчатки и корня брыжейки тонкой кишки (6), сепсис (2), несформированные свищи 12-перстной кишки (4), тонкой кишки (1) и толстой кишки (2). У 2 больных имелось нагноение кист.

Наиболее информативными методами диагностики являются УЗИ и ЯМРТ. УЗИ позволяет выявить до операции наличие кисты или абсцесса, флегмона забрюшинной клетчатки лучше видна при ЯМРТ.

На первом этапе оперативное лечение при абсцессах сальниковой сумки с наличием секвестрации заключалось в формировании оментобурсостомы и последующих многократных этапных секвестрэктомиях. В настоящее время проводится вскрытие и санация полости абсцесса с установкой дренажных трубок и дальнейшим постоянным промыванием полости абсцесса растворами антисептиков с активной аспирацией. Промывание необходимо начинать не ранее третьих суток, после отграничения полости абсцесса от брюшной полости спайками.

Из 8 больных с острыми (несформированными) постнекротическими кистами в пяти случаях было сделано наружное дренирование, после чего в двух случаях сформировались панкреатические свищи, один из которых закрылся после консервативной терапии, второй был закрыт оперативным путем. Трем больным наложен цистогастроанастомоз. При наличии условий для выполнения эта операция представляется наиболее оптимальной, так как легко переносится больными и позволяет значительно сократить сроки лечения.

Двум больным с распространением флегмоны по правому забрюшинному пространству была сделана лумботомия справа с благоприятным исходом.

Всего умерло 16 больных — 41,03%. Наибольшая летальность отмечена при гнойном расплавлении забрюшинной клетчатки — умерли 11 из 15 больных (73,3%). В то

же время из 15 больных с изолированными кистами и абсцессами умер один (6,7%). Почему в одних случаях гнойный процесс распространяется на забрюшинную клетчатку, а в других — нет, неясно. Зависимости от давности заболевания морфологической формы панкреонекроза не выявлено. Сроки от начала заболевания до развития флегмоны забрюшинной клетчатки были несколько меньше, чем до развития кисты или абсцесса.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. И. Фильмонов, С. З. Бурневич, Б. Б. Орлов
г. Москва

Настоящая работа является результатом обследования и комплексного хирургического лечения 38 больных с различными формами инфицированного панкреонекроза различной этиологии, госпитализированных в клинику в период с 1990 по 2000 гг.

У всех больных диагноз верифицирован с использованием специальных методов исследования, включающих ультрасонографию, лапароскопию, компьютерную томографию, микробиологические исследования забрюшинной клетчатки, перитонеального экссудата, крови, секрета трахеи, отделяемого дренажей с определением чувствительности к антибиотикам.

В первую группу включено 18 больных с инфицированными формами панкреонекроза, в лечении которых использованы некрсеквестрэктомия поджелудочной железы и парапанкреатической жировой клетчатки, «закрытый» метод дренирующих операций, релапаротомии «по требованию». Вторую группу составили больные, у которых использован преимущественно «открытый» метод дренирующих операций (некрсеквестрэктомия, динамическая оментобурсостомия, программируемые ревизии и этапные санации салниковой сумки и забрюшинной клетчатки) с последующим «закрытым» методом дренирования.

В обеих группах больные достоверно не отличались по возрасту, тяжести состояния, масштабу и характеру поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Установлено, что в однородных группах больных с инфицированными формами панкреонекроза благодаря активной хирургической тактике и оптимизированной антибактериальной терапии достигнуто снижение летальности с 67 до 30% при неизменном уровне послеоперационных внутрибрюшных и системных осложнений.

Таким образом, применение программируемых оперативных вмешательств с «открытым» методом дренирования забрюшинной клетчатки является обоснованным и эффективным в выборе рациональной хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ПАНКРЕАТИТЫ И ПАНКРЕОНЕКРОЗЫ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Э. В. Халимов, Б. Б. Капустин, Л. С. Никоненко, М. Х. Бекбурова, В. Т. Морякова
г. Ижевск

По поводу осложненного течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в клиниках общей и госпитальной хирургии Ижевской государственной медицинской академии оперированы 302 пациента. В структуре осложнений преобладали пенетрации язвы в головку поджелудочной железы и билиарный тракт — 161 (53,3%) пациент. 110 больным выполнены классические способы резекции желудка по Бильрот-I и Бильрот-II. В этой группе больных у 3 (2,7%) пациентов течение послеоперационного периода осложнилось острым деструктивным панкреатитом. Все трое больных были лица мужского пола. Средний возраст составил $44 \pm 1,0$ год. Длительность язвенного анамнеза превышала 10 лет. На момент операции у всех больных были обнаружены пенетрирующие язвы луковицы двенадцатиперстной кишки в головку поджелудочной железы. Размеры язвы превышали 3 см.

У 2 (1,8%) из них при релапаротомии выявлен геморрагический панкреонекроз, осложненный разлитым ферментативным перитонитом, при котором наблюдался не только геморрагический выпот в брюшной полости, но и значительный геморрагический отек забрюшинной клетчатки с массивным пропитыванием ее свернувшейся кровью. В самой поджелудочной железе деструктивные изменения были более выражены в головке, где имелись геморрагические очаги некроза. Дальнейшее течение панкреонекроза у этих больных осложнилось недостаточностью швов культи двенадцатиперстной кишки и гастроэнтероанастомоза. В одном случае смерть больного наступила на 10-е сутки после первичной операции, во втором на 22-е сутки. Более благоприятным отмечено течение заболевания у больного с жировым панкреонекрозом и парапанкреатическим инфильтратом после резекции желудка по Бильрот-I.

Из 172 больных с трубчатой резекцией желудка по методу В. В. Сумина в двух наблюдениях (1,2%) послеоперационное течение осложнилось острым отечным панкреатитом, потребовавшим целенаправленной консервативной терапии. В одном

случае процесс разрешился на 10-е сутки после первичной операции, во втором на 14-е сутки.

После 20 резекций желудка по Ру на длинной петле (40—50 см) послеоперационных панкреатитов не наблюдали, несмотря на то что у всех 20 больных язвы располагались в пилоробульбарном отделе и имели в среднем размеры не менее 2,5—3 см, при этом все язвы пенетрировали в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку. Культя двенадцатиперстной кишки у 15 из 20 пациентов ушивалась атипично.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Халимов, Б. А. Лекомцев, В. П. Пушкарев, С. Л. Тарасов, К. В. Малых
г. Ижевск

Начиная с 1994 г. в клинике общей хирургии ИГМА применяется способ хирургического лечения гнойного панкреатита — расширенная панкреатооментостомия. По данной методике оперированы 47 больных в возрасте от 23 до 81 года.

Методика операции. Под эндотрахеальным наркозом выполняется верхне-срединная лапаротомия, которая дополняется косым разрезом в левом подреберье, в проекции поджелудочной железы. Желудочно-толстокишечная связка рассекается на всем протяжении, и производится ревизия поджелудочной железы. При наличии гнойных очагов и секвестров в железе последние удаляются. Через отдельную контрапертуру в левой реберно-поясничной области в сальниковую сумку по ходу железы укладывается силиконовая трубка диаметром 3 см с отверстиями. Вне сумки трубка окутывается сальником в виде манжеты, последняя фиксируется к брюшине, что в дальнейшем препятствует распространению гнойного содержимого в брюшную полость. Осуществляется фиксация краев желудочно-толстокишечной связки к паранетальной брюшине по краям бокового разреза в проекции всей поджелудочной железы, с формированием расширенной марсупиализации. Ушивается только срединная лапаротомная рана. В послеоперационном периоде ежедневно проводится фракционный лаваж сальниковой сумки растворами антисептиков. При прогрессировании деструктивного процесса вмешательства на железе и парапанкреатической клетчатке осуществляются только через марсупиализационную рану. Сроки повторных ревизий определяются на основании субъективных и объективных критериев состояния больного. Раскрытие марсупиализационной раны и визуализация поджелудочной железы осуществляются в условиях операционной под внутривенным наркозом. По мере необходимости проводится смена дренажей, санация очагов гнойного расплавления тканей железы, некрэктомия. При стихании воспалительного процесса и отсутствии гнойных осложнений дренажи удаляются, а на рану брюшной стенки накладываются вторичные поздние швы.

Основные результаты. Средняя продолжительность лаважа — от 1 до 8 дней; средняя продолжительность интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения — от 6 до 14 дней; средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции составила 65 ± 5 дней. Ни у одного из оперированных больных по данной методике не развился послеоперационный перитонит, кишечный или панкреатический свищи, не наблюдалось осложнений со стороны органов брюшной полости. Из 47 оперированных больных умерли 10 (21,2%) человек. Анализ результатов лечения показал снижение летальности при гнойно-некротическом панкреатите по сравнению со статистическими данными клиники предыдущих лет на 16,2%.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

В. Л. Хальзов, Р. Ш. Ибрагимов, А. В. Хальзов
г. Новосибирск

В клинических условиях для выбора способа хирургической коррекции необходимы точные знания морфологической формы панкреатита. Биопсия ткани поджелудочной железы (ПЖ) травматична и требует времени для проведения исследования. Известный способ диагностики морфологической формы ПЖ по измерениям ее электропроводности также не лишен недостатков. В частности, предполагает введение игловидных электродов на определенную глубину, что представляет опасность для больного в плане развития осложнений.

Нами предложена методика экспресс-диагностики состояния ПЖ по изменениям ее удельной электропроводности (УЭ) с помощью четырехэлектродного щупа. Данная методика не инвазивна, достаточно точна.

Проведены экспериментальные исследования на животных (собаки).

В первой серии опытов исследовалась УЭ ПЖ в динамике после нанесения раны железы.

Во второй серии опытов исследовалась УЭ ПЖ после ушивания резаной раны железы.

В третьей серии опытов исследовалась УЭ ПЖ после размозженной раны железы. В четвертой серии опытов исследовалась УЭ ПЖ после иссечения размозженных краев раны железы.

Проведенные эксперименты показали, что для отечной формы острого травматического панкреатита УЭ находилась в пределах $0,22 \pm 0,02 \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$.

При геморрагическом некрозе ПЖ величина УЭ характеризовалась следующей величиной $0,29 \pm 0,01 \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$.

При гнойно-некротическом панкреатите величина УЭ ПЖ равнялась $0,35 \pm 0,03 \text{ Ом}^{-1} \text{ см}^{-1}$.

Таким образом, проведенное экспериментальное исследование показывает, что каждой морфологической форме панкреатита соответствует определенный уровень удельной электропроводности. Предложенный способ позволит проводить не только диагностику уже сформированной формы, но и выявлять переходные формы панкреонекроза.

ОККЛЮЗИЯ ВИРСУНГОВОГО ПРОТОКА ПРИ ПОЛНОМ ПОПЕРЕЧНОМ РАЗРЫВЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. Л. Хальзов, А. В. Хальзов
г. Новосибирск

Цель исследования: с помощью клеевой окклюзии панкреатического протока изучить возможность профилактики посттравматического панкреатита при полном поперечном разрыве поджелудочной железы.

Под нашим наблюдением находились 34 больных с полным поперечным разрывом поджелудочной железы. Из них 16 больным выполнена клеевая окклюзия вирсунгового протока железы биологическим клеем КЛ-3.

У 15 пострадавших разрыв поджелудочной железы возник в результате закрытой травмы живота и у 1 — вследствие ножевого ранения.

Из 16 больных у 10, вошедших в первую группу, окклюзия панкреатического протока была выполнена по первичным показаниям в связи с травмой живота и полным поперечным разрывом поджелудочной железы. В послеоперационном периоде в этой группе в результате неадекватной первичной окклюзии образовались панкреатические свищи у двух больных, что потребовало выполнения реокклюзии протоковой системы железы. Признаки посттравматического панкреатита в послеоперационном периоде наблюдались у трех больных и носили характер отечной, быстро купируемой формы.

Шести больным, составившим вторую группу, пломбировка протока была выполнена по поводу наружных панкреатических свищей, возникших после операции, произведенной по первичным показаниям при полном поперечном разрыве поджелудочной железы.

Непосредственные результаты, а также изучение отдаленных результатов с использованием ЯМР-томографии, исследование экзокринной и эндокринной функций поджелудочной железы позволяют считать, что клеевая окклюзия протоков поджелудочной железы при ее полном поперечном разрыве предупреждает развитие деструктивных форм посттравматического панкреатита, сохраняет эндокринную функцию железы, селезенку и является более щадящим хирургическим вмешательством, чем дистальная резекция поджелудочной железы.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ю. Н. Халов, В. Л. Служко, Р. Ф. Силищев, П. С. Кирносков, А. Т. Шамгунов
г. Астрахань

На современном этапе лечение панкреонекроза остается сложной и далеко не решенной проблемой. Цель исследования: изучение результатов лечения панкреонекроза в зависимости от клинического течения и осложнений. За 8 лет под нашим наблюдением были 39 больных с панкреонекрозом, что составило 5,9% всех больных с острым панкреатитом. Мужчин было 14, женщин — 25 в возрасте от 30 до 80 лет, преобладали больные старше 50 лет (58,9%). Клиническая картина характеризовалась различной степенью эндогенной интоксикации. У 46,1% больных выявлены сопутствующие заболевания сердца, желчных путей, сахарный диабет. Всем больным после госпитализации проводилась комплексная консервативная терапия. В процессе лечения у 26 (66,6%) больных нарастала интоксикация, у 15 (38,5%) из них выявлены признаки перитонита, у 11 (28,2%) — абсцедирование в сальниковой сумке. У 13 (33,3%) пациентов с инфильтратом в эпигастрии и левом подреберье консервативная терапия привела к стиханию воспаления и рассасыванию инфильтрата, у 8 из них в последующем развилась киста поджелудочной железы.

Экстренно оперированы 26 (66,6%) больных. Показанием к операции явились тяжелые осложнения (ферментативный перитонит, прогрессирование гнойного процесса) и высокий риск их развития при неэффективном консервативном лечении. У всех больных обнаружены различной степени деструктивные изменения поджелу-

дочной железы, у 1 — тотальный некроз железы, у 13 — частичный, у 12 — некроз сочетался с образованием гнояника в сальниковой сумке. 10 больным с сопутствующим поражением желчного пузыря произведены холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки в сочетании с декомпрессией общего желчного протока, у 4 больных — дренирование сальниковой сумки с холецистостомией, у 1 — с гастроэнтеростомией. 11 больным выполнено дренирование сальниковой сумки, 1 — резекция поджелудочной железы. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось нагноение раны, у 8 — прогрессирование некроза железы с нагноением, у 4 — кровотечение и по одному больному — эвентрация, тостокишечный свищ, тромбоз мезентериальных сосудов. Для ликвидации осложнений повторно оперированы 10 больных, у 7 выполнено удаление некротизированных фрагментов железы, у 1 — ушивание раны при эвентрации, у 2 — вскрытие гнояников брюшной полости.

Через 6—24 месяца оперированы 8 больных с кистами поджелудочной железы, пятерым произведены марсупиализация кисты, трем — резекция железы с кистой в сочетании с спленэктомией. Выписаны с выздоровлением 9 (23,0%) больных, с улучшением — 23 (58,9%), умерли 7 больных (25,0%), оперированных в экстренном порядке. Причиной смерти явились послеоперационные осложнения: тромбоз брыжеечных артерий (1 больной), острая сердечная недостаточность (2), кровотечение (2), перитонит (2).

БРОНХИАЛЬНАЯ ПРОХОДИМОСТЬ И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

П. И. Харин, И. Я. Сандаков, Е. И. Куропатова, В. И. Хохряков
г. Пермь

Бронхиальная проходимость и функция внешнего дыхания исследованы у 23 больных в динамике: до операции, на 1, 2, 3, 5, 7-е сутки послеоперационного периода и перед выпиской путем пневматометрии, спирометрии и спирографии. Возраст больных был в пределах 28—80 лет.

До операции у всех больных выявлены нарушения бронхиальной проходимости в виде нарушения вдоха и выдоха (отношение выдоха к вдоху составило в среднем $0,5 \pm 0,06$; в норме оно должно быть больше 1,0), уменьшение скорости движения воздуха до $0,84 \pm 0,07$ (в норме она равна 1,0 или больше). При исследовании функции внешнего дыхания у всех больных установлено нарушение ее II—III степени по смешанному типу (сочетание обструктивных и рестриктивных нарушений). Все показатели, характеризующие вентиляцию и диффузию легких, в значительной степени отличаются от должных или нормальных величин. У всех больных наблюдаются выраженная гипервентиляция, снижение эффективности процессов диффузии.

Основными причинами нарушения дыхания являются боли в животе, интоксикация, высокое расположение диафрагмы, уменьшение амплитуды ее движений, нарушение функций сердечно-сосудистой системы, общая слабость, хронические заболевания легких.

В первые сутки послеоперационного периода все показатели не претерпели особых изменений по сравнению с исходными и свидетельствовали о выраженных нарушениях бронхиальной проходимости и функции внешнего дыхания. К основным причинам нарушений дыхания присоединились операционная травма, дополнительные расстройства дыхания и кровообращения в результате обезболивания, увеличения продукции и вязкости бронхиальной слизи, недостаточности естественных механизмов: очищения трахеобронхиального дерева.

На 3, 5, 7-е сутки послеоперационного периода наблюдалось некоторое уменьшение частоты дыхания, дыхательного объема, МОД, РОвд. А такие показатели, как РОвд, РД, отношение РД к МВЛ, несколько увеличились, но мало отличались от исходных или нормальных цифр. ЖЕЛ, МВЛ по-прежнему были достоверно меньше должных. Значения PO_2 , KIO_2 , ДЭ, РЛВ остались на прежнем уровне. Отмечается нарушение бронхиальной проходимости, гипервентиляции, снижение диффузии и эффективности легочной вентиляции.

Перед выпиской отмечается некоторое увеличение вдоха и выдоха по сравнению с исходными данными, значительно возросла должная мощность выдоха ($P < 0,05$) по сравнению с исходной. ПСДВ остался без изменений, а отношение выдоха к вдоху по сравнению с исходными данными достоверно увеличилось, но не достигло нормальной цифры. Показатели функции внешнего дыхания несколько улучшились по сравнению с данными предыдущих этапов исследования, однако они были незначительными.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. И. Хамидов, Р. Т. Меджидов, М. А. Алиев, М. А. Хамидов, М. З. Магомедов
г. Магачкала

В клинике общей хирургии ДМА с 1990 по 1999 гг. на стационарном лечении находились 36 пациентов с деструктивным панкреатитом. Причиной развития деструктивного процесса поджелудочной железы у 24 больных явилась желчекаменная бо-

лезнь, у 7 — злоупотребление алкоголем, у 3 — идиопатический панкреатит и у 2 — травматический разрыв поджелудочной железы.

Учитывая опыт лечения острого деструктивного панкреатита нашей клиники и данные литературы, при лечении указанных 36 больных нами использован следующий лечебно-диагностический алгоритм.

При поступлении больных в стационар: 1) выведение из состояния панкреатогенного шока; 2) борьба с панкреатогенной токсемией; 3) подавление активности клеток поджелудочной железы; 4) профилактика гнойных осложнений.

После выведения из панкреатогенного шока: 1) УЗИ органов брюшной полости; 2) лечебно-диагностическая лапароскопия: а) определение формы острого панкреатита; б) лапароскопическая микрохолецистостомия; в) направленное дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства; г) новокаиновая блокада круглой связки печени, брыжеек тонкой и толстой кишок; д) установление в околопупочной зоне устройства для динамической лапароскопии; 3) коррекция сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночно-почечной недостаточности и профилактика осложнений; 4) в случаях, когда микрохолецистома не обеспечивает адекватную декомпрессию билиарного тракта, — эндоскопическое назобилиарное дренирование холедоха с папиллосфинктеротомией и без нее.

На 5–6-е сутки контрольно-динамическая лапароскопия: 1) оценка состояния ПЖ путем оментобурсоскопии и открытой ретроперитонеоскопии; 2) секвестрактомия при очаговом некрозе железы, повторная санация салниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости; 3) при наличии субтотального и тотального некроза ПЖ, паранекротической и забрюшинной флегмоне лапароскопию дополняют лапаротомией.

Во время лапаротомии: 1) некрэктомия; 2) формирование бурсопанкреатостомы; 3) абдоминализация ПЖ; 4) вскрытие и широкое дренирование забрюшинной флегмоны; 5) при деструктивном холецистите — холецистэктомия с наружным дренированием холедоха.

В послеоперационном периоде: 1) интенсивная терапия; 2) многократная ревизия и санация салниковой сумки и забрюшинного пространства; 3) повторные секвестрактомии; 4) антибиотикотерапия; 5) использование методов эфферентной детоксикации.

Первый и второй этапы алгоритма проведены 22 пациентам, 3 этапа прошли 6 больных, лапаротомию выполнили 8 пациентам. Осложнения отмечены у 7 больных. В трех случаях возникли гастроинтестинальные фистулы, в двух случаях — профузное кровотечение из забрюшинных сосудов, и у 2 больных возник общий гнойный перитонит. Токсическая энцефалопатия отмечена у 15 пациентов из 36. Умерли 9 больных, общая летальность составила 25%.

Таким образом, комплексное лечение панкреонекроза с предпочтительным использованием эндоскопических методов дает лучшие результаты при лечении данной тяжелой категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИОРИТЕТНЫМИ СПОСОБАМИ

В. В. Храчков, С. А. Шуляк
г. Ханты-Мансийск

Нами пролечены с 1984 по 1998 годы 3502 больных с острым панкреатитом, из них прооперированы 503 больных (14,4%) с крупноочаговым панкреонекрозом, умерли 155 человек (30,8%). Гнойный панкреонекроз отмечен у 189 больных (5,4%), из них прооперирован 181 больной, умерли — 91 (50,3%).

У больных панкреонекрозом выполнена 741 операция, из них с гнойным панкреонекрозом — 419. У всех больных с осложненным панкреонекрозом встретилось 1250 осложнений, у умерших больных — 840 (67,2%). Из всех осложнений токсемических осложнений было 236 (18,8%), дегенеративных — 61 (4,8%), висцеральных — 571 (45,6%), гнойных — 382 (30,5%). При этом из всех осложнений преобладали висцеральные осложнения как у выписанных, так и у умерших больных. Экстренные лечебные мероприятия зачастую были направлены на борьбу с ведущим осложнением.

Основной причиной смерти у больных с осложненным панкреонекрозом была эндогенная интоксикация (59%). Ключевое место в борьбе с интоксикацией имело радикально выполненное оперативное пособие. Характер оперативных вмешательств при панкреонекрозе следующий: 1. Лапаротомия, санация и дренирование салниковой сумки и брюшной полости — 503; с панкреатонекрэктомией — 119; с панкреатосеквестрактомией — 134; с оментопанкреатопексией — 16; с панкреатокриодеструкцией — 5; с резекцией поджелудочной железы со спленэктомией — 41; субтотальной — 18; корпорокаудальной — 17; дистальной — 6; 2. Релапаротомия — 60; 3. Прочие операции — 178. Итого — 741 операция. При выполнении операций формировали единую полость салниковой сумки и проводили адекватное дренирование.

В лечении больных применяли новые способы подготовки операционного поля к операции, новые способы оперативной техники, новые способы интранодального лазерного облучения лимфы, лекарственный лазерный фотофорез поджелудочной

железы, новые способы эндолимфатической терапии, внутрисосудистое лазерное облучение крови, спленомосорбцию, сочетание последней с другими видами экстракорпоральной детоксикации, новые способы озонотерапии, новые способы ионотерапии. На 12 новых способов лечения имеются положительные решения патентной экспертизы ВНИИГПЭ.

НОВЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. В. Хрячков, С. А. Шуляк
г. Ханты-Мансийск

Нами предложен новый способ лечения деструктивного панкреатита, отличающийся от существующих тем, что в операционной проводят непрерывную предоперационную и операционную внутривенную капельную антибиотикотерапию цефалоридином 1,0 грамма, выполняют лапаротомию, рассекают желудочно-ободочную связку, проводят санацию поджелудочной железы и сальниковой сумки, подводят к очагу деструкции или культю поджелудочной железы полимерный поливолоконный световод диаметром 2 мм в просвете дренажной силиконовой трубки, фиксируют световод к трубке и окружающим тканям кетгутом в бессосудистой зоне, проводят интраоперационный лазерный фотофорез с гордоксом лазером ЛГН-207А в течение 20 минут, проводят в течение 5 суток послеоперационную внутримышечную антибиотикотерапию цефалоридином по 1,0 грамма 3 раза в день, проводят ежедневно одно-временный сеанс внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с сеансом лазерного облучения сальниковой сумки и поджелудочной железы или ее культю двумя лазерами ЛГН-207А с длиной волны 0,63 мкм и мощностью 1,5 мВт в течение 45 минут соответственно через вену правого локтевого сгиба и полимерный моноволоконный световод диаметром 0,5 мм и установленный интраоперационно световод в течение 4–5 дней.

В комплекс лечения больных панкреонекрозом мы также включаем интранодальное лазерное облучение лимфы (ИЛОЛ), прямую эндолимфатическую инфузионную терапию (ПЭИТ), прямую эндолимфатическую озонотерапию (ПЭОз), прямую эндолимфатическую лазерную терапию (ПЭЛТ).

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. Н. Чалый, Б. Н. Котков, С. Я. Ивануса, С. А. Алентьев
г. Санкт-Петербург

Исследование основано на изучении изменений портальной системы у больных, находившихся в клинике по поводу различных форм панкреонекроза. За последние 10 лет в клинике отмечен 21 случай деструктивного воспаления поджелудочной железы. Все пациенты были оперированы по поводу различных форм панкреонекроза с целью дренирования сальниковой сумки и секвестрэктомии.

В 11 наблюдениях отмечены признаки левосторонней (сегментарной) портальной гипертензии. Интраоперационно у всех пациентов этой группы выявлялись расширение, напряженность и извитость вен сальника, а у восьми из них — спленомегалия. При этом печень визуально изменена не была. В процессе лечения больным осуществлялось углубленное инструментальное наблюдение, включавшее в себя помимо традиционных в таких случаях исследований фиброгастродуоденоскопию, ультрасонографию с доплерографией сосудов воротной системы. При эндоскопическом исследовании в семи случаях отмечалось варикозное расширение вен кардиального отдела желудка, а в двух случаях это сочеталось с варикозным расширением вен нижней трети пищевода. Случаев кровотечения из варикозных вен желудка и пищевода отмечено не было. Спленомегалия установлена у восьми пациентов в дооперационном периоде, причем четкие ультрасонографические признаки тромбоза селезеночной вены выявлены у пяти больных, а у трех пациентов визуализировать селезеночную вену на фоне некроза поджелудочной железы не удалось. Пройодимость воротной и верхней брыжеечной вен отмечена у всех 11 больных.

После окончания дренирования парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки в пяти случаях отмечены стойкие признаки портальной гипертензии. У четырех больных портальная гипертензия выявлена на фоне следующих осложнений деструктивного панкреатита: полного панкреатического свища — в одном случае, кисты хвоста поджелудочной железы — у трех пациентов. Кроме того, в одном наблюдении установлено распространение тромбоза дистального участка селезеночной вены на воротную вену с последующим варикозным расширением вен пищевода, приведшим к кровотечению из них. Все пациенты были оперированы повторно: выполнен панкреатоюноанастомоз на отключенной по Ру петле одному пациенту (в послеоперационном периоде отмечена реканализация селезеночной вены); резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией трем больным. Признаки портальной гипертензии в группе больных, оперированных по поводу осложнений панкреонекроза, регрессировали. В последнем случае был выполнен мезентерико-кавальный Н-анастомоз с аутовенозной вставкой по поводу синдрома портальной гипертензии, подпе-

ченочной формы, тромбоза воротной и селезеночной вен, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В течение 1,5 года рецидивов кровотечений нет.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В. А. Черкасов, М. А. Зубарев, Л. Ф. Палатова, Ю. В. Старцева,
А. В. Попов, А. А. Думлер, Л. Б. Гуценский, А. Н. Котельникова
г. Пермь

В патогенезе полиорганной недостаточности при остром панкреатите (ОП) нарушения гемодинамики играют первостепенное значение. С целью изучения состояния микроциркуляции, систолической и диастолической функций сердца при ОП обследованы 38 больных в возрасте 18–65 лет, у 28 из которых болезнь развилась на фоне калькулезного холецистита.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы изучено методом полирекардиографии (по методике М. А. Зубарева и соавт.) и биомикроскопии. Исследовали ударный объем (УО), сердечный индекс (СИ), гидравлическую мощность (ГМ), пик мощности изгнания (ПМИ), общее периферическое сопротивление (ОПС), частоту сердечных сокращений (ЧСС), период релаксации (ПР) левого желудочка в сек. Контрольную группу составили 100 здоровых лиц.

В группе больных ОП отмечено значительное угнетение систолической функции сердца. Так, УО составил $0,045 \pm 0,007$ л, что достоверно ($p < 0,001$) меньше, чем в контрольной группе. Показатель контрактильности миокарда (ПМИ) составил $68 \pm 6,9$ Вт/сек, что достоверно ($p < 0,001$) меньше, чем в контрольной группе. Компенсация остальных показателей (СИ, ГМ) достигалась за счет активации хронотропного резерва сердца, показатель ЧСС достоверно ($p < 0,001$) превышал таковой в контрольной группе.

У больных ОП в сочетании с холелитиазом отмечена более выраженная депрессия показателей гемодинамики. Показатель систолической функции (ГМ) был достоверно ниже ($p < 0,001$), чем в контрольной группе. Диастолическая дисфункция проявилась субнормальным удлинением ПР, который составил $0,12 \pm 0,006$ сек., что отражает «псевдонормализацию» диастолической функции левого желудочка. ОПС было выше в 2 раза по сравнению с контрольной группой и на 20% по отношению к больным с ОП.

Изменения микроциркуляции у больных без холелитиаза в 70% случаев обусловлены сладж-феноменом, у 30% — агрегацией форменных элементов. У больных ОП в сочетании с калькулезным холециститом сладж-феномен отмечен лишь у 20% и еще у 20% выявлена агрегация форменных элементов крови.

Таким образом, при панкреатите отмечается депрессия и систолической, и диастолической функций сердца с нарушениями микроциркуляции. Терапия этих нарушений является самостоятельной задачей в до и послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. А. Черкасов, П. Я. Сандаков, М. Г. Урман, В. А. Самарцев, Е. М. Кон, М. И. Дьяченко,
С. И. Зинец, Е. В. Попова
г. Пермь

Широкое применение эндовидеохирургических методов, минилапаротомии, этапных программированных санаций сальниковой сумки и брюшной полости позволило изменить подход к хирургической тактике при панкреонекрозе. За период с 1995 по 1999 гг. в клиниках госпитальной и общей хирургии ПГМА находились на лечении по поводу острого панкреатита 1682 пациента. Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет, из них старше 60 лет было 395 (23,5%) человек. Консервативная терапия проведена 1243 (73,9%) больным, комплексное этапное эндоскопическое и хирургическое лечение выполнено 439 (26,1%) пациентам. Острый отечный панкреатит, осложненный ферментативным перитонитом, наблюдался у 309 (18,3%), деструктивные формы панкреатита выявлены у 130 (7,7%) оперированных больных. Основными методами диагностики острого панкреатита являлись лабораторные исследования, УЗИ, лапароскопия и компьютерная томография. Отсутствие положительного клинического эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 6–12 часов служило показанием к лечебно-диагностической лапароскопии у 363 (21,6%) пациентов. Объем и сроки первичных и повторных эндовидеохирургических, эндоскопически дополненных малоинвазивных и «открытых» операций на поджелудочной железе и в сальниковой сумке зависел от характера и распространенности поражения поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки, тяжести перитонита, наличия желчной гипертензии и нарушения дуоденальной проходимости. Повторные малоинвазивные операции произведены 32 (1,9%) больным. Билиарная гипертензия выявлена у 121 (7,2%) больного, что явилось показанием к дренированию желчевыводящих путей: лапароскопическая холецистостомия произведена 82 (4,8%) пациентам, эндоскопическая

папиллотомия — 49 (2,9%). «Открытые» операции выполнены у 98 (5,8%) больных при отсутствии положительного эффекта от предшествующего комплексного эндохирургического лечения и развитии гнойно-некротических парапанкреатических осложнений. Объем операций заключался в адекватном дренировании сальниковой сумки, брюшной полости, этапных некрэксеквестрэктомиях, дренировании забрюшинного пространства и желчевыводящих путей. Всем больным проводилась интенсивная терапия с использованием эфферентных методов в условиях отделения реанимации. В послеоперационном периоде преобладали гнойно-септические осложнения и обусловленная ими полиорганная недостаточность. Послеоперационная летальность в группе больных, оперированных открытыми методами, составила 30 (30,6%), при малоинвазивных вмешательствах — 3 (9,4%) человека.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. Ф. Чернов, С. В. Жуков
г. Курган

В отличие от других форм «острого живота» на протяжении последних 12 лет заболеваемость острым панкреатитом в Курганской области остается сравнительно стабильной и составляет в среднем 2,4 случая на 10 тыс. населения. На 2828 наблюдений острого панкреатита с общей летальностью 3,6% верифицировано 243 (8,6%) случая панкреонекроза с летальностью 22,6%.

Опыт подтверждает, что хирургическая тактика при панкреонекрозе не может быть однозначной и в настоящее время определяется сугубо конкретно как по содержанию консервативных мероприятий, так и по характеру и срокам оперативных вмешательств. Несмотря на использование современной схемы лечения с использованием этапных санирующих манипуляций, эндоскопических и оперативных вмешательств, общая и послеоперационная летальность при панкреонекрозе остается высокой. К сожалению, приходится констатировать, что в настоящее время какие-либо способы дренирования, панкреат- и некрэктомии и другие технико-оперативные предложения сами по себе не могут существенно улучшить ситуацию.

Анализ факторов, влияющих в масштабе региона на результаты лечения панкреонекроза, подтверждает важнейшую роль системы оказания экстренной хирургической помощи.

Ранняя госпитализация, конечно, играет свою положительную роль, но в силу особой тяжести заболевания и недостаточной эффективности консервативного и хирургического лечения ее преимущества не столь демонстративны, как при других формах «острого живота». Разница в летальности среди больных, поступивших после и до 24 часов от начала заболевания, не превышала 1,2–2,3%.

Анализ других факторов показывает особое значение специального опыта в области хирургии поджелудочной железы, подготовке и усовершенствовании специалистов. Так, если послеоперационная летальность при панкреонекрозе по области составила в среднем 23,1%, то в специализированном отделении гастроэнтерологического центра на базе областной больницы она не превышала 15%.

Другим не менее важным фактором является развернутая в широком масштабе система интенсивной терапии и реанимации, которая пока еще сохраняет свои возможности только в крупных многопрофильных лечебных учреждениях, где используются современные методы противошоковой и детоксикационной терапии, без чего хирургические методы лечения обречены на неуспех.

Крайне сложная социально-экономическая обстановка в обществе и в здравоохранении показывает, что ориентация на специализированные отделения (центры) с полноценным набором диагностических и лечебных методов, отлаженная система консультативной помощи — важнейшие условия стабильного положения с лечением панкреонекроза в сегодняшней России.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

В. Ф. Чикаев, Ю. В. Бондарев, О. Д. Зинкевич, О. А. Кольцов, С. В. Доброквашин
г. Казань

За последние 10 лет в хирургическом отделении БСМП г. Казани находились на лечении 500 больных с острым панкреатитом в возрасте от 18 до 70 лет. Наиболее актуальную проблему составляет лечение пациентов инфицированными панкреонекрозами, сопровождающимися гнойно-септическими осложнениями. Для данной группы больных была характерна выраженная эндогенная интоксикация: длительная субфебрильная Т, ЛИИ до $13,4 \pm 1,2$, уровень МСМ при 254 им $0,688 \pm 0,02$ усл. ед. В основе патологического процесса ведущим являлась полиорганная недостаточность. Морфологические исследования внутренних органов показали дистрофии гепатопитов, нефронефроз. Наиболее существенные изменения при гнойно-септическом процессе происходили в селезенке. При гистологическом исследовании выявили значитель-

ное снижение в паренхиме селезенки числа лимфоцитов, тромбозы сосудов, нейтрофильную инфильтрацию, микроабсцессы, что позволяет судить о септическом течении инфицированных панкреонекрозов.

При инфицированных панкреонекрозах наблюдалось снижение уровня как неспецифических, так и специфических опсоинов. При исследовании фибронектина выявили существенное снижение и дисбаланс иммунохимического и биологически активного фибронектина. Для гуморального антибактериального иммунитета было характерно снижение концентрации антибактериальных антител с ростом их значений при разрешении патологического процесса.

В зависимости от патогенеза и клинических проявлений послеоперационное течение данной формы панкреонекрозов можно подразделить на следующие фазы:

- фаза токсемии — первые 1–5 суток;
- период гнойно-септических осложнений.

В условиях недостаточности естественных систем защиты крайне важно временное замещение их функций. В фазе токсемии с первых суток мы используем плазмаферез, гемосорбцию или их комбинацию с АУФОК.

В период гнойно-септических осложнений панкреонекроза наряду с широко используемой эфферентной терапией (плазмаферез, гемосорбция) в комплексном лечении наиболее эффективна гемоперфузия через донорскую свиную селезенку. Нами у 10 больных с инфицированным панкреонекрозом в гнойно-септическом периоде использована гемоспленоперфузия (ГСП) по усовершенствованному нами методу Цыпина А. Б. с соавт. (1985 г.). Применение ГСП уже на следующие сутки способствовало улучшению самочувствия больных, нормализации Т. После ГСП повышение концентрации фибронектина и восстановление дисбаланса между иммунохимической и биологически активной формой в плазме крови по сравнению с другими методами эфферентной терапии происходили в более ранние сроки. Уровень антибактериальных антител к гликолипиду грамотрицательных бактерий к антигенам *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Protei*, *St. aureus*, *Bactfragilis* также был выше.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А. А. Чистяков, А. Н. Токин, Д. Г. Желябин, Л. А. Мамальгина, А. Н. Кириллов
г. Москва

В клинической практике лечения острого панкреатита мы руководствуемся классификацией, предложенной 4-й Всероссийской конференцией хирургов гепатологов в г. Туле, с делением форм панкреатита на отечную и деструктивную, с последующим делением по степеням тяжести. Для оценки состояния больного и определения тактики ведения используется интегральная шкала оценки степени тяжести состояния больных (SAPS).

В группе больных с деструктивными формами острого панкреатита консервативный этап лечения проводится нами на общепринятых принципах ведения больных с острым панкреатитом — назначение ингибиторов протеолитических ферментов, рациональная антибиотикотерапия, возможно проведение региональной внутриартериальной терапии, применение синтетических октапептидов.

Оперативное лечение считаем показанным только при развитии гнойно-некротических осложнений, что происходит, как правило, на 10–12 сутки заболевания. При адекватно проведенном консервативном этапе лечения выполнение оперативного вмешательства в указанные сроки позволяет оперировать в условиях ограниченного демаркационной зоной воспаления. Придерживаясь вышеуказанной тактики ведения больных с деструктивными формами острого панкреатита, нами в 1996–1999 гг. из 42 больных, с диагностированным панкреонекрозом, оперировано было только 12. Во всех случаях удалось выполнить секвестрэктомии или различные виды резекции поджелудочной железы. Другие виды оперативных вмешательств нами не применялись.

ВОЗДЕЙСТВИЕ МЕКСИДОЛА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОСТРОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА

С. М. Чудных, Г. П. Титова, Е. П. Турина, М. П. Ерохин
г. Москва

Проблема острого панкреатита продолжает оставаться одной из самых актуальных в хирургии. Известно, что повреждения ацинарных клеток под действием свободных радикалов, накапливаемых в ткани поджелудочной железы при деструкции ее паренхимы, приводят к ингибированию антиоксидантных систем организма, откуда и возникает необходимость компенсировать их недостаток.

Наше внимание привлек структурный аналог соединений группы витаминов B_6 , выполняющих функцию физиологических антиоксидантов в организме, производное 3-оксипиридина — мексидол.

Опыты проводились на 330 белых беспородных крысах массой 250–300 г одинакового возраста из одного питомника на базе научно-производственного центра «Гид-

РОБИОС». Во всех сериях воспроизводили острый экспериментальный панкреатит (ОЭП) по методу П. С. Симаворяна (1973 г.). Были поставлены 3 серии экспериментов на 90 крысах в каждой серии и 2 контрольных — на 60 крысах. У животных первой серии воспроизводили экспериментальный панкреатит. Через 24 часа вводили однократно мексидол в дозе, рассчитанной на массу крысы — 10 мг препарата в/м. У крыс второй серии проводили профилактическое введение мексидола по 10 мг 1 раз в течение 3 дней. После этого через сутки воспроизводили модель экспериментального панкреатита. Животным третьей серии опытов воспроизводили экспериментальный панкреатит, затем в течение 3 дней вводили мексидол в дозе 10 мг 1 раз в день.

При морфологическом изучении первой серии экспериментального панкреатита следует сказать, что однократное введение мексидола не предотвращает крупномасштабных повреждений ацинарной паренхимы, что приводит к атрофии поджелудочной железы к 8-м суткам после воспроизведения заболевания. Развивающиеся жировые некрозы и нагноение их способствуют длительно сохраняющемуся хроническому воспалению поджелудочной железы.

Изучая результаты опытов на фоне профилактического применения мексидола, мы установили, что использование этого препарата предупреждает возникновение крупно- и мелкокомасштабных очагов некроза ацинарной и жировой ткани. Восстановление функциональной активности ацинарной паренхимы наблюдается в основной массе долек только к 7-м суткам. Ультраструктурные признаки сохранения синтеза ферментов, выделения секрета в просвет протоков, отсутствие дистрофических изменений в ацинарных клетках указывает на стабилизацию клеточных мембран и предупреждает прогрессирование повреждений, характерных для панкреатита. Морфологическое изучение поджелудочной железы после воспроизведения ОЭП и после ежедневного лечения животных мексидолом выявило признаки положительного эффекта воздействия препарата на течение патологического процесса. При этом резко уменьшились масштабы ферментативного некроза ацинарной и жировой ткани, а в неповрежденной части органа отсутствовали признаки прогрессирования повреждений.

ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИНАМИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. А. Чумаков, В. Н. Малащенко, А. Н. Хорев, С. В. Козлов, М. Ю. Троханов
г. Ярославль

Несмотря на значительные успехи эндоскопической хирургии, острый панкреонекроз во многих клиниках является абсолютным показанием к лапаротомии, оментопанкреатопексии, люмботомии с дренированием забрюшинного пространства. На наш взгляд, патогенетического обоснования дренирующая операция при этой форме панкреатита не имеет. Во многих случаях асептический воспалительный процесс в результате травмы и установки дренажей переходит в септический, что приводит к различного рода осложнениям и летальным исходам. Поэтому целью нашего исследования являлось патогенетическое обоснование включения в комплексное лечение острого панкреонекроза лечебно-динамических лапароскопий.

С 1980 по 1999 гг. пролечено 73 больных с острым панкреонекрозом. Из них 30 (41, 1%) выполнены стандартные дренирующие операции; 43 (58, 9%) больным выполнялась лечебно-динамическая лапароскопия, которая включала в себя катетеризацию круглой связки печени для пролонгированного введения лекарственных коктейлей к воротам печени и в парапанкреатическую клетчатку, санацию и дренирование брюшной полости с введением в нее лекарственных препаратов, при выраженной гипертензии наложение микрохолецистомы или эндоскопической папиллосфинктеротомии, оставление в передней брюшной стенке фторопластовой гильзы для осуществления контроля за эффективностью проводимого лечения. В состав лекарственных коктейлей входили р-р новокаина — 0, 25%, антиферментные препараты, кортикостероиды, антибиотики, цитостатики, атропин. В двух группах больных по 15 человек в динамике (до операции и на 1, 3, 5-е и 8—10-е сутки после нее) исследованы функции жизненно важных органов, уровень ферментемии (амилаза крови, диастаза мочи, гамма-глутамилтранспептидаза), показатели интоксикации (лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), мочевины, С-реактивный белок, циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК)).

Установлено, что до операции все исследуемые показатели отличались от нормальных значений, но без достоверных различий внутри исследуемых групп. После операции в I группе в отличие от II наблюдались значительное угнетение функций жизненно важных органов, высокий уровень ферментемии, рост показателей интоксикации. Нормализация выбранных показателей во II группе наступала на 3—4 суток раньше, чем после лапаротомии. Из 30 больных после стандартного оперативного лечения у 19 произошло инфицирование забрюшинного пространства вокруг дренажей и тампонов, которые у 6 человек привели к профузным аррозивным кровотечениям. Летальные исходы при таком виде лечения наблюдались у 8 (26, 7%) больных. Из 43 больных с малоинвазивным лечением возникли показания к оперативному лечению вследствие развития гнойных осложнений. Умерло 5 (11, 6%) больных.

«ЗОЛОТОЙ» СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. В. Шабунин, В. В. Бедин, И. П. Шин, А. Ю. Лукин
г. Кемерово

В 1989—1999 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре находилось на лечении 483 больных с острым панкреатитом. У 118 (24, 4%) пациентов отмечено заболевание легкой степени тяжести, у 245 (50, 8%) — средней степени тяжести, у 120 (24, 8%) — тяжелой степени тяжести. Причиной панкреатита у 284 (58, 8%) больных был алиментарный фактор. У 146 (30, 2%) пациентов выявлен билиарный генез острого панкреатита, у 53 (11%) больных — посттравматический.

Больные в зависимости от степени тяжести госпитализировались в реанимационное или хирургическое отделения, где им применялась интенсивная консервативная терапия с использованием методов экстракорпоральной детоксикации и селективного подведения современных лекарственных препаратов.

При явлениях желчной гипертензии применялась декомпрессия желчных путей. При алиментарном генезе острого панкреатита выполняли холецистостомию под контролем лапароскопии или УЗИ (96 больных). У больных со стенозом БДС или папиллолитиазом отдавали предпочтение эндоскопической папиллотомии в сочетании с холедохолитоэкстракцией (78 больных). При явлениях ферментативного перитонита выполняли санационную лапароскопию с дренированием брюшной полости и салниковой сумки (83 пациентов). В процессе лечения больным выполняли динамическое УЗИ, компьютерную томографию, по показаниям — пункции жидкостных образований в проекции поджелудочной железы и парапанкреатических инфильтратов с посевом на микрофлору. С 1996 года при наличии ограниченного скопления секрета или гноя применяли пункции или дренирование под контролем УЗИ (43 больных).

С учетом клинической картины, данных дополнительных методов исследования определяли факт перехода инфильтративной стадии панкреонекроза в некротическую или гнойную, что считаем показанием к хирургическому лечению, независимо от сроков заболевания.

На фоне комплексного консервативного лечения удалось добиться купирования воспалительного процесса у 369 (76,4%) больных. У 111 пациентов консервативная терапия была неэффективной, из них у 28 (5,8%) пациентов заболевание закончилось летальным исходом.

83 (17,2%) пациента были оперированы. 6 больных с фульминантной формой панкреатита и обширным некрозом поджелудочной железы были подвергнуты корпокаудальной резекции в стадии панкреатогенной токсемии. У 3 больных отмечен летальный исход. 76 (15,7%) больных были с гнойно-некротической стадией панкреонекроза. Послеоперационная летальность составила 22,9% (19 больных). Оперативное вмешательство в гнойно-некротической стадии панкреонекроза заключалось в секвестрэктомии и дренировании салниковой сумки через оментобурсостому. При наличии забрюшинной флегмоны выполняли дренирование через люмботомию. В послеоперационном периоде проводили проточное и активное промывание оментобурсостомы растворами антисептиков, этапные ревизии забрюшинного пространства. В 1989—1994 годах количество этапных ревизий составило 2,9 на одного больного, а в 1995—1999 годах — 4,1. Послеоперационная летальность составила 27,4% в 1989—1994 гг. и 18,5% в 1995—1999 гг. Общая летальность составила 9,7% (47 больных).

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСФОРМИРОВАННЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А. В. Шабунин, А. Ю. Лукин, В. В. Бедин, И. А. Радионов
г. Кемерово

В течении 1989—1999 гг. в клинике проведено лечение 106 больных с несформированными постнекротическими кистами поджелудочной железы. До 1996 года в лечении этих больных (55) применяли лапаротомный метод лечения, выполняли наружное дренирование кист и секвестрэктомии. Получены неудовлетворительные результаты: послеоперационные осложнения — 11 (20%), релапаротомия — 5 (9,1%), летальность — 3 (5,4%), продолжительность пребывания в стационаре — 36 к/д.

Указанные результаты заставили нас прибегнуть к поиску малоинвазивных и в то же время эффективных способов хирургического лечения данной патологии.

С 1996 года в центре в лечении больных с несформированными постнекротическими кистами поджелудочной железы применяется пункционно-дренирующий способ под контролем ультразвукового исследования. Пролечено с 1996 по 1999 годы 49 больных.

У 5 (10,2%) больных с диаметром кистозного образования менее 5 см на фоне консервативной терапии произошла резорбция кисты. У всех больных этой группы срок от начала заболевания составлял менее 1,5 месяца. По степени сформированности кисты эти больные отнесены к I стадии кистообразования.

44 (89, 8%) больным проведены пункции или дренирование кистозного образования под контролем ультразвука. У 7 (14, 3%) больных способ оказался неэффективным, возникли показания к лапаротомии, в ходе которой выполнено наружное дренирование кисты и секвестрэктомия. При ревизии полости кисты в этой группе больных были выявлены крупные секвестры, диаметр которых был не менее 3 см. После проведения лапаротомии в этой группе больных осложнений не отмечено. Не возникло также и показаний к релапаротомии.

В группе больных, у которых был применен пункционно-дренирующий способ, отмечено лишь одно осложнение (2,1%) — наружный толстокишечный свищ, что явилось показанием к лапаротомии.

Таким образом, эффективность пункционно-дренирующего способа лечения под контролем УЗИ составила 83,7%. Применение способа позволило: снизить частоту осложнений в 10 раз в сравнении с группой больных, у которых был использован лапаротомный метод лечения; избежать летальных исходов; уменьшить сроки пребывания больных в стационаре до 19 к/д.

КОНТАКТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ПАНКРЕАТОНЕКРЕКТОМИЯ

С. А. Шалин, Ю. Г. Боженков, В. В. Мамонтов, С. В. Кокорин
г. Омск

В хирургической клинике больницы скорой медицинской помощи № 1 г. Омска в 1991—1999 годах находилось на лечении 127 больных с ПН. Всем больным проводилось консервативное лечение, включающее и методы экстракорпоральной детоксикации. Первичные операции выполняли по строгим показаниям, повторные — с целью вскрытия абсцессов и флегмон, удаления секвестров, остановки аррозивного кровотечения. Экспериментальные исследования выполнены на 12 беспородных взрослых собаках обоего пола, которым производили моделирование острого очагового ПН с последующим одномоментным удалением некротических тканей НУЗ, путем контактного воздействия рабочего торца специального волновода-инструмента. Предложенный метод применен при лечении 15 больных с ПН, причем НУЗ панкреатонекрэктомия сочеталась с НУЗ кавитацией салениковой сумки через промежуточный лекарственный раствор.

Анализ результатов лечения 127 больных с ПН показал, что в 73,2% случаев наблюдались различные гнойно-воспалительные осложнения: абсцессы, флегмоны, свищи, аррозивные кровотечения и др. Среди больных, умерших в послеоперационном периоде, в 82,7% случаях гнойно-воспалительные осложнения являлись причиной смерти. Экспериментально, а затем клинически доказана возможность удаления некротических тканей в поджелудочной железе с помощью контактного воздействия НУЗ, повреждающего действия на живые ткани не обнаружено. Оптимальными сроками признаны 5—7 суток от начала заболевания. При обширных поражениях наиболее вероятным является позатальное удаление некротических тканей. Летальность в контрольной группе составила 63,4%, в основной — 26,7%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Р. Э. Шамсиев, М. А. Нартайлаков, М. А. Галеев, Т. И. Мустафин
г. Уфа

За последние 5 лет в противосептическом центре Республиканской клинической больницы с различными гнойными осложнениями острого панкреатита прооперировано 58 пациентов. До поступления в клинику все больные лечились в различных лечебных учреждениях республики. Причината, перевода служили неудовлетворительные результаты лечения острого панкреатита, а также наличие одного или нескольких внутрибрюшинных внебрюшинных осложнений.

Основную массу ранних локализованных осложнений составили гнойные поражения самой поджелудочной железы в виде множественных секвестров и абсцессов (52 больных) и флегмона забрюшинной парапанкреатической клетчатки (43 больных). В большинстве случаев диагностировано тотальное поражение поджелудочной железы, у 6 больных — гнойно-некротический панкреатит хвостовой части с вовлечением в воспалительный процесс переднего паранефрия и формированием левостороннего поддиафрагмального абсцесса.

Оперативное лечение при деструктивном панкреатите включало некрэктомию ткани поджелудочной железы с помощью электроотсоса без травмирования жизнеспособных тканей. Обязательным компонентом операции считается проведение ревизии клетчатки позади поджелудочной железы. При этом у 18 больных была вскрыта и дренирована забрюшинная флегмона с гнойными затеками вплоть до тазовой клетчатки. Завершающим этапом послужило адекватное дренирование желчных путей, ложа поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Из методов дренирования ложа поджелудочной железы и забрюшинного пространства предпочтение отдавалось сквозному приточно-отточному методу дренирования с марсупилизацией поджелудочной железы и выведением дренажных трубок большого диаметра в правой и

левой поясничных областях. В послеоперационном периоде осуществлялась активная аспирация высокотоксического экссудата с элементами тканевого детрита и ферментами.

Послеоперационный период у большинства больных протекал тяжело с развитием осложнений, обусловленных продолжением секвестрации поджелудочной железы, развитием абсцессов брюшной полости и спаечной кишечной непроходимости, формированием кишечных свищей, а также аррозивными кровотечениями поджелудочной железы, что потребовало повторных оперативных вмешательств у 37 больных. Основной причиной смерти явилось развитие панкреатического сепсиса, полиорганная недостаточность и повторные аррозивные кровотечения из ложа поджелудочной железы. Послеоперационная летальность составила 20,6%.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ МЕСТНАЯ ГИПОТЕРМИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. И. Шапошников, В. А. Зарубин, И. Г. Проскуряков
г. Краснодар

Наблюдали 46 больных с гнойно-деструктивной формой панкреатита, из которых умерло 9 пациентов (19,5%). У 17 из этих больных была осуществлена интраоперационная гипотермия поджелудочной железы (20–30 мл хлорэтила). У 18 проводился проточный перитонеальный диализ, а у 8 — гипотермия по способу Виноградова-Маркосяна. Операция осуществлялась на фоне интенсивной медикаментозной терапии.

Из 29 пациентов, у которых по поводу гнойных осложнений панкреонекроза осуществлялся проточно-аспирационный метод лечения без гипотермии, умерло 9 человек, что составляет 31%. Продолжительность послеоперационного лечения у этих больных составляла от 22 до 45 дней, при этом все это время осуществлялось постоянное промывание салниковой сумки и гнойных полостей. Из 17 больных, которым проводилась гипотермия, умерло 2 больных (11,7%). Один — от острой сердечной недостаточности, а второй — через 2 суток от эмболии легочной артерии. У остальных 15 пациентов никаких осложнений не наблюдалось, при этом длительность стационарного лечения у них составила от 24 до 39 дней.

Сущностью способа гипотермии поджелудочной железы является интраоперационное визуальное равномерное и объемное орошение поджелудочной железы прерывистой струей хлорэтила в указанном количестве со свободным его испарением в атмосферу, что сопровождается образованием слоя кристалликов льда по всей поверхности орошаемой ткани. Это позволяет добиться охлаждения подлежащей ткани железы до 0–4° С, то есть до той температуры, при которой происходит как угнетение, так и деструкция экзокринного аппарата поджелудочной железы при сохранении функции островковой ткани. Орошению легко подвергаются все отделы железы без широкого обнажения салниковой сумки. Испарение 20–30 мл хлорэтила происходит за 10–20 минут. За это время ткань железы в целом охлаждается до + 24°С (Патент РФ № 2110219 от 10.05.98 г.).

Таким образом, острый панкреатит относится к заболеваниям, исход лечения которых во многом зависит от индивидуально подобранной схемы лечения. Если купирование патологического процесса при отечной форме заболевания не вызывает особого труда, то деструктивные его формы требуют выполнения таких интенсивных методов терапии, как гипотермия, перитонеальный диализ, «открытые» и «закрытые» методы операций на поджелудочной железе и салниковой сумке. Комплексное использование этих средств позволяет снизить летальность при панкреонекрозе более чем в 4 раза.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С. А. Шляпников, В. Ю. Ульянов
г. Санкт-Петербург

Лечение острого панкреатита было и остается трудной и не до конца решенной проблемой. К сожалению, используемые в практической работе классификации не позволяют разработать общепринятые алгоритмы лечения этого заболевания, равно как и обозначить примат консервативного или оперативного метода лечения.

Использование современных шкал, описывающих тяжесть состояния больного, степень нарушения его витальных функций, позволяет в значительной мере приблизиться к решению этой проблемы. По нашему опыту использование шкалы SAPS позволяет выделить две группы больных. Первая — тяжесть нарушений меньше 15 баллов, вторая — тяжесть витальных расстройств превышает 15 баллов.

Пациенты первой группы получали преимущественно консервативную терапию, включавшую в себя восполнение дефицита ОЦП, антибактериальную терапию первой линии — цефалоспорины 1–2 (цефазолин, цефамандол) и аминогликозиды (амикацин и тобрамицин), сакроспинальную блокаду, спазмолитики. В 91% наблюдений у больных не потребовалось проведения оперативных вмешательств и наступило разрешение процесса.

Пациенты второй группы требовали выполнения полной программы консервативной терапии, включавшей в себя инфузионно-трансфузионную терапию, антибактериальную терапию антибиотиками резерва — цефалоспорины IV (цефепим) + аминогликозиды (амикацин и тобрамицин), использование эндолимфатического пути введения, назначение иммунотерапии (пентаглобин). Этим пациентам выполнялись комплексные эфферентные вмешательства, в состав которых обязательно включался плазмаферез. Следует отметить, что такая терапия оказалась эффективной у 50% больных, а у остальных нарастание симптоматики вынуждало идти на оперативное вмешательство. Полагаем, что в лечении этой категории больных необходимо более широкое использование методов вульнеросорбции с применением активированных углеволокнистых материалов.

Использование современных методов оценки тяжести состояния пациента позволяет разработать перспективные алгоритмы лечения этой крайне тяжелой категории больных.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

С. Г. Штофин, Г. И. Веронский, Г. С. Штофин, И. Н. Тюрин
г. Новосибирск

Нами с 1981 г. пролечено 174 больных панкреонекрозом. Из них геморрагическим — 131, смешанным — 43. Возраст больных от 25 до 82 лет.

Всем больным проводилось комплексное лечение, включавшее форсированный диурез, цитостатики, экстракорпоральные методы детоксикации и хирургические операции. У 99 пациентов были выполнены вмешательства: «абдоминализация» поджелудочной железы — у 59, умерли из них 21; некрсеквестрэктомия — у 23, умерли после операции 14; резекция поджелудочной железы — у 17, умерли 6 пациентов. Всего умер 41 (41,4%) больной.

С 1985 года нами используются новые технологии, направленные на подавление внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, уменьшение поступления ферментов в забрюшинное пространство, ограничение развития синдрома системной воспалительной реакции. С этой целью 75 пациентам были выполнены следующие вмешательства: криодеструкция поджелудочной железы — у 11, умер после операции один больной; окклюзия протоковой системы поджелудочной железы — у 14, умер один больной; ранние операции наружного и внутреннего дренирования псевдокиста поджелудочной железы (в сроки до 1 месяца) — у 19 больных, умер один пациент.

31 пациенту были выполнены органосохраняющие вмешательства, заключающиеся в санации сальниковой сумки, дренировании при явлениях желчной гипертензии общего желчного протока и временном протезировании функций регионарного лимфатического коллектора с помощью контейнеров с сорбентом СУМС-1, уложенных на переднюю поверхность поджелудочной железы и по ее периметру, при этом задний листок брюшины по возможности не вскрывался. Смена сорбционных дренажей производилась через 72 часа. Из оперированных таким образом больных умерли 4.

Оптимальным сроком выполнения ранних операций, препятствующих развитию гнойных осложнений в дальнейшем, считаем 24–36 часов от начала заболевания и при отсутствии эффекта от интенсивной терапии в условиях отделения реанимации.

Наряду с хирургическим лечением этим больным в послеоперационном периоде помимо базисного лечения проводили терапию блокаторами кальциевых каналов верапамином в дозе 0,5 мг/кг/сут в течение 3–5 дней в случаях, когда лейкоцитоз превышал уровень 18×10^9 в 9 ст., который является критическим, способствующим развитию синдрома полиорганной недостаточности. Оценка тяжести синдрома эндогенной интоксикации производилась по шкале ОТС (оценка тяжести сепсиса). В первые сутки балльная оценка составляла $15,1 \pm 1,12$, на третьи — $11,6 \pm 0,95$. Индекс лейкоцитарной интоксикации по Кальф-Калифу соответственно составлял $7,01 \pm 1,0$ и $3,8 \pm 0,71$.

Всего из 75 больных, оперированных с применением новых технологий, умерли 7 (9,3%). Таким образом, применение новых технологий в лечении деструктивного панкреатита препятствует развитию синдрома полиорганной недостаточности и возникновению гнойно-некротических осложнений. Представленные методы лечения позволили достоверно снизить летальность с 41,4% до 9,3%, т. е. в 4,4 раза ($p < 0,05$).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

С. Г. Шорох, Г. П. Шорох, В. В. Седун
г. Минск

За 1998–1999 годы в клинике неотложной хирургии БелГИУВ наблюдалось 117 больных с острым панкреатитом, обусловленным обтурацией БДС с нарушением транзита желчи и внешнесекреторной панкреатической продукции. Возраст больных

варьировал от 22 до 92 лет. Среди них было 83 женщины и 34 мужчины. Лиц пожилого и старческого возраста было 71 (60%), в том числе старше 75 лет — 27 (23%).

По причинному фактору наибольшую группу больных (64) составляли пациенты с холедохолитиазом, в том числе было 35 с ущемленными камнями БДС, 24 больных имели стеноз фатерова соска, 7 — папиллит, у 22 больных наблюдалась сочетанная патология.

Папиллосфинктеротомия выполнялась игольчатым папиллотомом в первые двое суток. Частота удачных манипуляций составила 67% (78 пациентов). Рассекалась вся продольная складка и фатеров сосочек по месту наибольшего выпячивания. После успешной ЭПСТ в просвет двенадцатиперстной кишки под давлением изливалась желчь, при этом у 54 больных с желчью отошли конкременты. Уровень билирубинемии, ферментемии начинал снижаться в течение первых суток после манипуляции, а к концу вторых суток уменьшался на 50—70%.

При безуспешной попытке ЭПСТ 39 больным была произведена лапароскопическая декомпрессия желчного пузыря (ЛДЖП). Через 4—5 суток 25 пациентам выполнена результативная ЭПСТ. Считаем, что продуктивность ЭПСТ при повторной манипуляции была достигнута за счет оптимизации состояния фатерова соска, вследствие уменьшения воспалительного синдрома и билиарной гипертензии. Такой подход позволил произвести успешную ЭПСТ у 103 больных (85,7%). Ни у одного из них не развивался панкреонекроз.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

А. И. Шугаев, А. С. Абдулгаликов
г. Санкт-Петербург

В последнее время широкое распространение с целью детоксикации получили различные методы диализа, и в частности кишечный, позволяющий выводить токсины, не только скопившиеся в желудочно-кишечном тракте, но и свободно циркулирующие в крови.

Нами предложен способ тотального ортоградного сорбционного лаважа кишечника (ТОСЛК) в лечении эндогенной интоксикации и пареза кишечника при ПН, который заключается в следующем: после удаления застойного содержимого из желудка дуоденальным зондом с оливой, последняя проводится в двенадцатиперстную кишку. По зонду с помощью роликового насоса в просвет 12-перстной кишки количеством 2—3 литра вводится взвесь сорбента (лигносорба) в 1,2%-ном растворе NaCl с температурой 20—25° С из расчета 25 мл в 1 мин. ТОСЛК рассчитан на одновременное восстановление перистальтики кишечника, снижение экзокринной функции поджелудочной железы, очистку и диализ всех отделов кишечника. ТОСЛК проведен 60 больным (12 — с легкой степенью ЭИ, 19 — со средней и 29 — с тяжелой степенью ЭИ).

Положительный эффект ТОСЛК зарегистрирован во всех трех группах больных. Независимо от степени выраженности пареза желудочно-кишечного тракта к концу процедуры регистрировалась активная перистальтика кишечника и отмечался обильный жидкий стул с наличием сорбента. У больных с легкой и средней степенью тяжести ЭИ после проведения ТОСЛК стабильно восстанавливалась перистальтика. При тяжелой степени ЭИ при непосредственном положительном эффекте после первого ТОСЛК у 15 в последующем проводились повторные процедуры, максимальное число на одного больного — 4.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ВАРИАНТЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПРИ ЕГО РАЗВИТИИ

А. И. Шугаев
г. Санкт-Петербург

Характер морфологических изменений, локализация и степень распространения деструктивных изменений в ПЖ имеет большое значение для прогнозирования течения заболевания, определения объема и содержания консервативной терапии и выбора способа оперативного лечения.

Сложность создания классификации, включающей вышеперечисленные моменты, объясняется отсутствием надежных до- и интраоперационных критериев их оценки.

Не претендуя на исчерпывающий характер, мы пользуемся разработанной в нашей клинике классификацией, основанной на локализации процесса в ПЖ, площади ее поражения и характере морфологических изменений, суть которых сводится к следующему. По локализации — регионарный (поражение одной из областей ПЖ — головки, тела или хвоста); субтотальный (поражение двух областей); тотальный (вся ПЖ). По площади поражения — мелкоочаговый (до 25% пораженной зоны); среднеочаговый (до 50%); крупноочаговый (до 75%); сливной (до 100%). По характеру морфологических изменений — 1) интерстициальный (серозный или геморрагический); 2) паренхиматозный некротический (ишемический, геморрагический, жировой, смешанный) и гнойный.

Интерстициальный панкреатит (отек), как правило, носит обратимый характер, но иногда является первой фазой патологического процесса, переходя в последующем в паренхиматозный некротический. Судьба последнего зависит от того, в каких условиях он будет развиваться. В асептических — может быть три основных варианта его течения: 1) патологический процесс в ПЖ проходит без выраженной реакции окружающих тканей, очаги некрозов постепенно замещаются соединительной тканью и могут обызвествляться; 2) процесс в ПЖ сопровождается бурной реакцией окружающих тканей, которые вовлекаются в патологический процесс с образованием инфильтрата — инфильтративно-некротический панкреатит; 3) очаги некроза в железе подвергаются асептической секвестрации и расплавлению с возможным образованием панкреатического свища или кисты.

При инфицировании очагов некроза развивается гнойно-некротический панкреатит, который проходит стадию гнойных осложнений со стороны ПЖ и окружающих тканей — стадию гнойного расплавления и секвестрации с последующим возможным образованием свища или кисты.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА БИЛИАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

В. Э. Федоров
г. Саратов

В клинике факультетской хирургии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета за период с 1987 по 1999 годы находилось на лечении 264 пациента с холецистопанкреатитом. Среди них находилось 64 пациента с панкреонекрозом, 32 — прооперированы. Помимо клинических признаков панкреатита в комплексе диагностических мероприятий входили УЗИ и эндоскопия, диагноз верифицировался также такими биохимическими показателями, как уровень в крови α -амилазы, трансаминаз, глюкозы крови. Лечение проводилось комплексно и включало в себя детоксикационную терапию, лапароскопическое дренирование и экстракорпоральную детоксикацию.

Среди клинических симптомов заболевания преобладали болевой синдром и признаки шока с нарушением микроциркуляции. Провоцирующим фактором, как правило, являлось нарушение диеты, но, следует отметить, только у 52% таковым являлось злоупотребление алкоголем. У 17% злоупотребления пищей или алкоголем не было выявлено. Информативность ультразвукового метода снижалась за счет ожирения у значительного количества больных (избыток массы тела наблюдался у 68% пациентов). Лапароскопия являлась наиболее информативным методом диагностики, однако у 32% больных выпота и стеатонекрозов во время эндоскопического осмотра не было найдено. При биохимическом обследовании обнаружено, что уровень трансаминаз (АЛТ, АСТ и ЛДГ) может быть критерием оценки степени тяжести панкреонекроза. Данные показатели увеличивались по мере прогрессирования цитолиза. Уровень глюкозы в крови характеризовал переход к тотальному некрозу поджелудочной железы снижением гипергликемии до гипогликемии.

На основании анализа клинических, ультразвуковых, эндоскопических и биохимических признаков установлено, что развитие панкреонекроза билиарного генеза происходит стадийно в три этапа. Первый этап — ферментативно-шоковый, характеризуется повышением ферментативной активности поджелудочной железы с развитием шока. Второй — гепатолитический, характеризуется присоединением к предыдущим симптомам признаков поражения печеночной клетки с развитием «желтушной» или «безжелтушной» печеночной недостаточности. Третий этап — это развитие полиорганной недостаточности. Предлагаемый подход к оценке тяжести состояния больных панкреонекрозом позволил определить возможности различных методов лечения. На первом этапе эффективны хирургический и эндоскопический методы, на втором — методы эндоскопической декомпрессии и плазмафереза, на третьем — только экстракорпоральные методы лечения.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

А. В. Федосеев, А. Л. Гуца, С. В. Тарасенко
г. Рязань

Данное сообщение посвящено анализу результатов лечения 123 больных панкреонекрозом в больнице скорой медицинской помощи г. Рязани за последние 10 лет. Тактика лечения панкреонекрозов полностью зависит от стадии заболевания. В периоды гемодинамических нарушений и полиорганной недостаточности лечение должно быть максимально консервативным. Любое хирургическое вмешательство в эти стадии заболевания не обладает патогенетически корригирующей направленностью и способствует лишь ухудшению состояния больных. Единственным показанием к экстренному и срочному хирургическому вмешательству в первые 10 суток может быть лишь не верифицированный другими методами диагноз. Патогенетически оправданной в ранние сроки заболевания остается лишь эндоскопическая папиллосфинктеротомия при наличии стриктуры, вклиненного камня терминального отдела

холе доха, папиллита. Выполненная по экстренным показаниям папиллотомия у 27 больных способствовала купированию явлений острого панкреатита в течение суток. В комплекс консервативных мероприятий на фоне управляемой гемодилюции включались антиферментная, цитостатическая терапия, локальная гипотермия, методы интра- и экстракорпоральной детоксикации, их комбинации и сочетание, внутривенная квантовая терапия.

Точкой приложения хирургической коррекции патологического процесса остаются гнойные осложнения. В структуре заболевания гнойные оментобурсы и флегмоны составили 25,6%. Неоправданным считаем поспешное хирургическое вмешательство при появлении первичных манифестирующих признаков гнойного воспаления (скопление жидкости в сальниковой сумке, повышение температурной кривой, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево), что может происходить и при отсутствии инфекционного начала. В 8 случаях антимикробная терапия в течение 5—14 суток привела к выздоровлению больных. В 5 случаях при наличии несформированной кисты поджелудочной железы и неуверительных признаках ее инфицирования произведено так называемое внутреннее дренирование сальниковой сумки с наложением цисто-гастроанастомоза. В двух случаях содержимое кисты было явно инфицированным. У трех больных через разрез в задней стенке желудка перед наложением анастомоза произведена пальцевая некрэктомия. Течение заболевания при внутреннем дренировании сальниковой сумки было гладким и быстротечным. При стабильном состоянии больных с гнойным оментобурситом операции производились в полуплановом порядке через 2—3 недели от момента манифестации воспаления. Эта тактика позволила избежать многократных повторных вскрытий гнойника, так как при первой операции удалось удалить все секвестрированные к этому времени некротические ткани. Подобная тактика применялась у 12 больных. И лишь у 6 больных в связи с прогрессирующим ухудшением состояния, связанным с гнойным процессом, произведено срочное вскрытие сальниковой сумки. Улучшению результатов лечения и сокращению койко-дней способствует вскрытие гнойника посредством нетипичных разрезов в проекциях максимально приближенных к очагу воспаления (в правом, левом подреберьях, транслумбальных, поясничных и т. д.). Летальность при панкреонекрозах составила 43,9%.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

В. А. Юдин

г. Рязань

Опыт лечения 2251 больного острым панкреатитом, из которых у 10,28% был зарегистрирован панкреонекроз, позволил выявить некоторые закономерности развития заболевания. В качестве критериев тяжести были взяты 14 наиболее очевидных клинико-биохимических признаков с присвоенным баллом от 5 до 15: абдоминальная боль (5), многократная рвота (5), «калликреиновое лицо» (15), амилазурия (10), амилаземия (10), гипергликемия (15), альбуминурия (5), гипокальцемия (15), энцефалопатия (10), $>10E+09$ лейкоцитов (10), брадикардия (10), гипотония (10), тахикардия (10), олигоурия (10). Используя кластерный анализ, была выявлена иерархия распределения прогностических признаков на три класса. Сопоставляя тип распределений признаков с клиникой заболевания, было выявлено три типа тяжести течения острого панкреатита: abortивный переходный и прогрессирующий с суммой баллов соответственно: до 30; до 80 и >80 . По полученным данным, четкой связи на классы между abortивной и прогрессирующей формами нет. Этот факт требует изучения и поиска устойчивых признаков повышения очерченности границ. Течение острого панкреатита в 23,85% случаев протекает в виде abortивного, в 63,91% — как переходная и в 12,24% — прогрессирующая.

Использование в клинической практике данного метода прогнозирования тяжести течения в сочетании с комплексным лечением позволило уменьшить число неблагоприятных исходов и предупредить развитие прогрессирующих форм панкреонекроза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. В. Яновой, Ю. А. Каргаполов, В. А. Омельченко, В. Н. Перехода, А. А. Мазуренко

г. Благовещенск

За период с 1996 по 1999 гг. в отделении экстренной хирургии Амурской областной клинической больницы на лечении находилось 312 пациентов с ОП — 9,5% всех пациентов отделения за данный период. Из них у 49 (15,7%) пациентов имел место деструктивный ОП — 15,7%. Все оперированы, средний возраст 46 лет, женщин — 19 (38,7%), мужчин — 30 (61,3%). По объему и виду поражения поджелудочной железы (ПЖ) пациенты распределились следующим образом: очаговый жировой панкреонекроз — 10 (20,4%); субтотальный и тотальный жировой и геморрагический — 19 (38,7%); гнойно-некротический — 12 (24,5%); нагноившиеся псевдокисты — 8 (16,3%). Всем больным проведен стандартный минимум клинических исследований. Из специальных методов применяли УЗИ в динамике — у 100% пациентов, КТ- исследова-

ние — 15 (30,6%), лапароскопия — 12 (24,5%). Преимущественными показаниями к оперативному лечению ОП явились достоверные признаки деструкции, перитонита, нагноившейся кисты ПЖ, подтвержденные КТ, УЗИ.

В хирургическом лечении основное внимание уделяли хирургической детоксикации. Производили дренирование салениковой сумки, забрюшинного пространства, ложа ПЖ. У 20 (40,8%) пациентов применяли дренирование забрюшинного пространства широким внебрюшинным доступом разработанным в нашей клинике. При тотальном гнойно-деструктивном процессе в забрюшинной клетчатке предпочтение отдавали сквозному кольцевому дренажу салениковой сумки и забрюшинного пространства — 14 (28,5%). У большинства пациентов — 38 (77,5%) — производились поэтапная программируемая некрсеквестрэктомия и санации салениковой сумки, начиная с 12-х суток от начала заболевания. При тотальном жировом панкреонекрозе производили первичное удаление некротизированной ПЖ — 3 (6%), без технических сложностей. Применяли различные методы эфферентной терапии, а также катетеризацию чревного ствола для селективного подведения регуляторных пептидов, антиферментов, антибиотиков. Среди ранних осложнений наиболее часто отмечены ферментативный или другой перитониты — 26 (13%); панкреатогенный шок — 4 (2%); флегмоны и абсцессы ложа железы и забрюшинного пространства — 12 (6%); механическая желтуха — 6 (3%); аррозивное кровотечение — 4 (2%); острые язвы желудка — 3 (1,5%); ОКН — 8 (4%). Летальность в группе оперированных больных составила 21%.

ВИДЕОЛАПАРОПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА

И. В. Ярема, Н. Н. Сильманович, В. П. Шевченко, И. Ю. Яковенко,
В. К. Ткачев, А. А. Сергейко, А. Б. Смирнов
г. Москва

Выявив признаки острого панкреатита, панкреонекроза и выпот в брюшную полость, осуществляли видеолaparоскопическую ревизию салениковой сумки (39 больных — основная группа) через желудочно-ободочную связку, салениковое отверстие или малый саленик, затем отмывали и промывали брюшную полость и салениковую сумку, дренировали брюшную полость. 49 больных с панкреонекрозом при дуоденоскопии интрадуктально вводили даларгин (1-я группа сравнения) или 5-фторурацил (2-я группа сравнения) и селективно (чрескожная, чресбедерная катетеризация) в чревной ствол вводили даларгин или 5-фторурацил и ингибиторы протеаз. С учетом лимфотока выполняли регионарное обкалывание антиферментными препаратами и иммуномодуляторами. Устанавливали катетеры в круглую связку печени, левое забрюшинное пространство и парaperитонеальное пространство справа или слева (межфасциальное пространство по латеральному краю прямой мышцы живота), по которым продолжалась терапия и в послеоперационном периоде. Больным вводился Т-активин и иммунофан за несколько часов до операции и после ее выполнения (учитывались иммунологические показатели, т. е. проводились тесты I-II порядка). По нашему мнению, основанному на исследованиях иммунного статуса, введение препарата за 12—18 часов до операции приводит к стимуляции защитных сил организма или создает иммунный резерв на реакции, которые проявятся тогда, когда начнут оказывать супрессивное действие наркоз и хирургическая агрессия. При панкреонекрозе и секвестрации выполняли эндоскопическую марсупиализацию салениковой сумки с постановкой «поролонного» тампона. В послеоперационном периоде по показаниям КТ и УЗИ проводили видеолaparобурсо-оментопанкреатоскопию через фистулу — бурсооментостому (поролонный тампон с дренажом формировал без пролежней надежную фистулу). При УЗИ критериями оценки служили размеры поджелудочной железы, экзогенность паренхимы, ширина вирсунгова и санториниева протока поджелудочной железы и состояние сосудистого русла. Кроме того, обследовалось пространство около поджелудочной железы: параколон, паранефрий, малый и большой саленик. Результаты эхографии с доплерографией сравнивались с данными клиники, лабораторных исследований и компьютерной томографии.

Анализ лечения показал, что эндоскопия, видеолaparопанкреатоскопия и лaparобурсо-оментотерапия (ингибиторами протеаз, цитостатиками, иммуномодуляторами и антиоксидантами) на фоне интенсивного лечения с применением эфферентных методов детоксикации и в сочетании со стимуляцией лимфатического дренажа поджелудочной железы является эффективной мерой в комплексе лечебных мероприятий, которая позволяет устранить полиорганную недостаточность и аутоиммунный компонент, снизить летальность, количество гнойных осложнений и уменьшить койко-день.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

МЕСТО ИНТУБАЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Ю. Абрамов, А. Б. Ларичев, А. В. Волков, Р. Ю. Кончужов
г. Ярославль

Введение. В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост количества больных со спаечной кишечной непроходимостью. Поздняя обращаемость больных за помощью, диагностические ошибки, недостаточная эффективность лечебных мероприятий при данной патологии обуславливают высокий процент осложнений, которые возникают в послеоперационном периоде и приводят к летальному исходу, достигающему 20%.

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 337 больных, оперированных по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. Наиболее часто причиной ее возникновения являются аппендэктомия, лапаротомия при гинекологической патологии и при травме живота, а также операции на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях. В 45,8% наблюдений больные были госпитализированы позднее суток от начала заболевания и при поступлении у них диагностировали перитонит. Выполненное по экстренным показаниям оперативное вмешательство включало лапаротомию и висцеролиз. У 48 больных выполнена резекция тонкой кишки. Учитывая патогенетические особенности заболевания, мы считаем, что спаечная тонкокишечная непроходимость является показанием для декомпрессии желудочно-кишечного тракта, которую в большинстве случаев мы осуществляли путем тотальной иммобилизирующей назогастроинтестинальной интубации. При выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости показания для декомпрессии кишечника, как правило, сохраняются, однако ее производство назоинтестинальным способом затрудняется или вовсе становится невозможным. В таких условиях целесообразно проведение ретроградной интубации через илеостому, которая была выполнена у 5 больных. После операции особое внимание уделяли борьбе с эндотоксикозом, водно-электролитной и кислотно-щелочной коррекции, устранению тканевой гипоксии, а также восстановлению моторно-эвакуаторной и всасывательной функции тонкой кишки.

Результаты. Внутрикшечная декомпрессия методом тотальной иммобилизации тонкой кишки в сочетании с энтеральным лаважем в подавляющем большинстве случаев ведет к полному восстановлению двигательной и всасывательной функции тонкой кишки, что обычно отмечается на 3–4-е сутки после операции. С целью создания стабильного положения кишечника на период закономерно развивающегося спаечного процесса в брюшной полости экстубацию интестинального зонда проводили на 7–10-й день. У 26 больных (7,7%) в послеоперационном периоде отмечались осложнения в виде прогрессирующего перитонита — у 9 пациентов, несостоятельности межкишечного анастомоза — у 6, кишечного свища — у 4, нагноения операционной раны — у 7. Умерло 37 больных (11,1%), в том числе 15 — от общего перитонита с синдромом полиорганной недостаточности.

Выводы. Спаечная тонкокишечная непроходимость является показанием для производства интубационной декомпрессии кишечника. Комплексное лечение данной патологии позволяет уменьшить количество осложнений и снизить уровень летальности. Длительная, до 10 суток, декомпрессия кишечника служит эффективным способом профилактики вновь возникающей так называемой ранней спаечной тонкокишечной непроходимости.

НЕКОТОРЫЕ ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ИХ РЕШЕНИЕ В ХОДЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Ф. Агеев, А. Н. Чугунов, М. А. Агеев
г. Казань

Создание операционного доступа через срединную лапаротомию в большом числе случаев нуждается в его аппаратной коррекции. Опыт хирургических клиник КМА показал, что выбор метода корректировки доступа по направлению к органам поддиафрагмального пространства и малого таза, как к наименее достигаемым, падает на ранорасширители конструкции Сигала-Кабанова, а также более экономичные, менее громоздкие и не уступающие ни по одной позиции конструкции Еляшевича-Биарсланова.

Предупреждение повреждения переполненной жидкостью и газами приводящей петли кишки и вследствие этого попадания непредвиденного по количеству кишечного содержимого в свободную брюшную полость — одна из важнейших задач на пути ликвидации непроходимости. Если кишечные петли плотно сращены и не могут быть свободно эвентрированы, а дренирование с активной аспирацией по назогастроеюнальному зонду не удается, то мобилизацию безопаснее проводить с оставлением тканей брюшной стенки на кишке. Опорожнение переполненных и перерастянутых петель кишок предлагается выполнять через пункционную энтеротомию с помощью специального приспособления — наконечника, присоединяемого к электроотсосу.

При длине рабочего конца последнего 40 см можно рассчитывать на опорожнение до 3 метров тонкой кишки и на такую же глубину завести дренажную трубку с боковыми отверстиями по мере извлечения приспособления.

Формирование энтеро-энтероанастомоза необходимо при высокой кишечной непроходимости, когда наложение разгрузочной еюнотомы чревато некомпенсируемыми потерями кишечного химуса. Трудно преодолимым препятствием при наложении межкишечного соустья является многократная разница диаметров анастомозируемых петель. Анастомоз «конец в конец» исключается, «бок в бок» — крайне сложен из-за резко спаившейся отводящей и порой выраженных патоморфологических изменений приводящей петли.

Предлагается методика физически и биологически герметичного конце-бокового, чрезбрыжеечного соустья между расширенной приводящей и «двустволкой» спаившейся приводящей петлями, когда по задней губе в герметизации анастомоза участвуют брыжейка отводящей петли, два ряда серо-серозных швов между приводящей и У-образно сложенной отводящей петлями, а спереди формируется межпетлевой анастомоз между здоровыми коленами У-образно фиксированной отводящей петли. Таким образом, формируется анастомотическая камера, в которую открываются просвет расширенной приводящей и два просвета спаившейся отводящей петель.

Экспериментальные исследования на 7 органокомплексах показали герметичность анастомоза, выдерживающего внутриполостное давление до 600 мм водн. столба и хорошую проходимость соустья при рентгеноконтрастном контроле.

ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КАК ПРОБЛЕМА ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

С. А. Алиев
г. Баку

Результаты лечения больных с обтурационной непроходимостью, обусловленной стенозирующим раком ободочной кишки, во многом зависят от решения ряда узловых вопросов, касающихся геронтологических аспектов проблемы, поскольку в общей структуре механического илеуса удельный вес опухолевой обтурационной кишечной непроходимости среди больных старших возрастных групп заметно растет.

В основу настоящей работы положены результаты обследования и лечения 113 больных в возрасте старше 70 лет, находившихся в клинике за период с 1978 по 1998 гг. по поводу обтурационной непроходимости, что составило 21% от общего числа пациентов (538) толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Возраст больных колебался от 71 года до 88 лет. Женщин было 73, мужчин — 40. Диагностика опухолевой непроходимости ободочной кишки осуществлялась на основании комплексного клинического, рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового исследования и ядерной магнитно-резонансной томографии брюшной полости.

Обтурационная непроходимость была обусловлена раком правой половины ободочной кишки у 23 больных, поперечной ободочной — у 5, левой половины (в том числе сигмовидной кишки и ректосигмоидального отдела) — у 85, IIIa стадия злокачественного процесса установлена у 28 больных, IIIb стадия — у 32, IV стадия — у 53. В 8 наблюдениях клиническое течение непроходимости сопровождалось перфорацией опухоли (у 5) и диастатическим разрывом (у 3) ободочной кишки. Тактика лечения включала проведение комплекса интенсивных консервативных мероприятий, которые

предусматривали коррекцию волевических, электролитно-белковых нарушений, буферной системы крови, проведение детоксикационной терапии, а также профилактику гнойно-септических осложнений. Из 113 больных неотложные операции выполнены у 56, ранние — у 44, отсроченные — у 13. Радикальные операции произведены — у 61 (54%) больного, правосторонняя гемиколэктомия — у 15, сегментарная резекция поперечной ободочной кишки — у 3, первичная резекция сигмовидной кишки — у 8, левосторонняя гемиколэктомия — у 5, операция Гартмана — у 29, операция Микулича — у 1 больного. Паллиативные (симптоматические) операции произведены у 50 (44,2%) больных: илеостомия — у 1 больной, цекостомия — у 19, колостомия — у 25, наложение обходного илиотрансверзоанастомоза — у 4, выведение перфоративной опухоли ободочной кишки на переднюю брюшную стенку — у 1 больной. В 2 (1,8%) случаях из-за неоперабельности поражения объем операции сводился к пробной лапаротомии. После радикальных операций умерли 17 (27,9%), после паллиативных — 29 (58%). Общая послеоперационная летальность составила 40,7%.

МНОГОКОМПОНЕНТНЫЙ ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. В. Алипов
г. Саратов

Многокомпонентный интоксикационный синдром (МИС) при острой обтурационной кишечной непроходимости (ООН) связан как с действием продуктов нарушенного метаболизма, так и всасыванием эндотоксинов из кишечной стенки и токсинов микрофлоры из просвета кишечника. При обследовании 77 пациентов с ООН различной этиологии нами установлена корреляция выраженности МИС с показателями бактерицидной активности сыворотки крови ($r=0,81$), уровня альбуминов ($r=0,54$) и лимфоцитов плазмы ($r=0,27$). Проведенный корреляционно-регрессивный анализ выявил нелинейную функциональную связь возраста и уровня среднемолекулярных пептидов. Изучение токсичности выпота показало, что наибольшей токсичностью обладает мутный выпот при ООН левой половины толстой кишки, причем отмечено увеличение уровня среднемолекулярных пептидов в экссудате сразу после операции.

Обсуждаются особенности МИС и хирургической тактики при гнойно-воспалительных осложнениях на фоне раковой ООН у 63 больных. Разработаны показания для местной и общей детоксикации при ООН и перитоните, основанное на прогностическом уравнивании исхода лечения. Дана оценка экспресс-методам диагностики и лечения внутрисосудистого свертывания крови при ООН. Анализируются результаты хирургического лечения в зависимости от тяжести МИС при ООН различного генеза.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

О. В. Андреев, Г. И. Дряженков, В. Б. Ухарский, Т. Н. Москвина
г. Ярославль

При лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) возникают затруднения, связанные с отсутствием четкой хирургической тактики.

За период 1995—1999 гг. под нашим наблюдением находились 107 больных с ОСКН, из них консервативная терапия была эффективной у 17 больных (15,9%), а 90 (84,1%) больных были оперированы в различные сроки от момента поступления. Лечение-диагностический алгоритм при ОСКН включал: обзорную рентгенографию брюшной полости с последующим рентгенологическим контролем пассажа бария по ЖКТ и инфуционно-трансфузионную терапию с целью подготовки к операции. При улучшении состояния, уменьшении клинических проявлений ОСКН и положительной динамикой пассажа бария по кишечнику продолжалась консервативная терапия и наблюдение до полного разрешения непроходимости. При ухудшении состояния, нарастании клинических проявлений кишечной непроходимости выполнялась операция. Интестинальные зонды находились в просвете кишки 5—7 дней. Различные осложнения наблюдались у 24 больных (22,4%), умерли от которых 13 больных (12,1%). Следует отметить, что все умершие больные госпитализированы в сроки свыше 24 часов от начала заболевания.

ФАКТОРЫ РИСКА В ПРОГНОЗЕ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А. Ю. Анисимов, Н. М. Мрасов, А. Г. Цыганов
г. Казань

Острая непроходимость кишечника (ОНК) составила за 1998 год 4,4% всех неотложных заболеваний органов брюшной полости. В том числе тонкокишечная ОНК — 61,2%, толстокишечная ОНК — 38,8%.

Причиной тонкокишечной ОНК в 78% наблюдений явилась спаечная болезнь брюшной полости, толстокишечной ОНК в 92% — опухолевые процессы.

Несмотря на небольшой удельный вес ОНК госпитальная летальность при этом составила 6,9%, а послеоперационная — 11,9%.

При анализе факторов, повлиявших на неблагоприятные исходы, прежде всего обращало на себя внимание позднее обращение за медицинской помощью (39,9%). В группе больных, госпитализированных позднее 24 часов от начала заболевания, госпитальная летальность возросла в 2,6 раза, а послеоперационная — в 2,7 раза, составляя 17,2% и 28,6% соответственно. Все умершие больные ОНК имели длительность процесса более суток.

Вторым по частоте неблагоприятным прогностическим фактором явилась тяжесть основного и сопутствующих заболеваний. Она обусловлена пожилым и старческим возрастом (33,5%) пациентов.

ИНТЕСТИНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А. Ю. Анисимов, Р. Р. Мустафин, Р. Т. Зимагулов, А. Г. Цыганов, М. Н. Мрасов
г. Казань

Синдром кишечной недостаточности (КН) играет ведущую роль в пато- и танато-генезе спаечной непроходимости кишечника (СНК).

Целью работы явилось улучшение результатов лечения синдрома КН при СНК на основе применения в комплексной лечебной программе последней методы зондовой коррекции энтеральной среды (ЗКЭС).

Выполнены клинический, лабораторный, биохимический, микробиологический, гистологический, ангиотензометрический, статистический анализы 38 наблюдений больных СНК, осложненной синдромом КН, лечившихся в отделении неотложной хирургии БСМП г. Казани за период с 1996 по 1999 годы.

У всех пациентов на завершающем этапе операции выполняли назогастроинтестинальную интубацию тонкой кишки двухпросветными хлорвиниловыми зондами. Все они с первых суток получали парентерально препараты, стимулирующие моторную функцию кишечника.

В зависимости от тактики интестинальной терапии больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 32 человека, у которых кишечное содержимое периодически эвакуировалось в активном режиме. Вторую группу составили 6 больных, у которых с первых же часов послеоперационного периода проводили ЗКЭС. Она подразумевала введение через зонд в тонкую кишку энтеросорбентов (энтеродез, полифепан, микросорб П), блокаторов H_2 рецепторов (ранитидин) и M_1 холино-рецепторов (гастроцепин), антихолинэстеразных (прозерин) и белковых (энпит) препаратов.

Наш первый клинический опыт свидетельствует о более раннем восстановлении функциональной активности желудочно-кишечного тракта при включении ЗКЭС в комплексную лечебную программу СНК.

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПЕРИТОНИТЕ

Г. Р. Аскерханов, А.-К. Г. Гусейнов, У. З. Загиров, А. Г. Гусейнов, Ш. А. Султанов
г. Махачкала

Цель работы: определение частоты различных компонентов синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) при кишечной непроходимости и перитоните, выявление причин и последовательности их возникновения, а также влияния на исходы заболевания.

Материал и методы. Изучены клиника и результаты лечения у 214 пациентов, больных кишечной непроходимостью и перитонитом, в возрасте от 17 до 85 лет. Мужчин было 140, женщин — 74. Диагноз ПОН ставили по критериям шкалы SOFA.

Основные результаты. Развитие ПОН происходило при наличии высоких показателей эндотоксемии — уровне МСМ выше 0,560 у.е. и ЛИИ — выше 3,9. Предрасполагающими факторами были пожилой и старческий возраст и наличие хронических сопутствующих заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, печени, почек.

Выявлены следующие компоненты ПОН: синдром дыхательных расстройств (СДР) у 173 пациентов (80,8%), синдром почечной дисфункции (СПД) — у 169 (78,9%), синдром печеночной дисфункции (СПечД) — у 66 (30,8%), энцефалопатия (ЭП) — у 47 (22,0%), стресс-язвы ЖКТ — у 9 (4,2%), ДВС-синдром — у 21 (12,1%) инфекционно-токсический шок (ИТШ) — у 104 (48,6%).

Во всех случаях отмечены сочетания различных компонентов органной дисфункции. Наиболее частыми из них были СДР+СПД (24,7%) и СДР+СПД+ИТШ (22,4%).

В большинстве наблюдений дыхательные расстройства предшествовали остальным нарушениям. Типичной была следующая последовательность вовлечения в синдром ПОН ее компонентов: СДР-СПД-СПечД-ЭП. ИТШ всегда приводил к дыхательной и почечной недостаточности, если их не было до гиподинамии, углублял их тяжесть, если они предшествовали шоку, и расширял спектр органной дисфункции.

ДВС-синдром и стресс-язвы возникали на фоне недостаточности трех и большего числа систем, причем основное значение в их генезе имели тяжесть дисфункции дыхания и уровень азотемии.

Высокие показатели летальности были у пациентов с СДР (22,0%), ИТШ (40,4%), стресс-язвами ЖКТ (77,8%) и ДВС-синдромом (90,5%). Гораздо реже непосредственной причиной смерти были СПД (1,2%) и СПечД (3,0%).

Заключение. Синдром ПОН при кишечной непроходимости и перитоните является ответной реакцией на эндотоксемию. Способствуют этому осложнению факторы, определяющие низкую резистентность к агрессии — пожилой и старческий возраст, хронические сопутствующие заболевания. Высокая частота СДР, а также нарастание тяжести и расширение спектра ПОН на фоне ИТШ свидетельствуют о важной роли системы дыхания и кислородного транспорта в генезе органной дисфункции.

ХИРУРГИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В АСПЕКТЕ НОВЫХ ДАННЫХ ЕЕ ПАТОГЕНЕЗА

С. Д. Атаев, М. Р. Абдуллаев
г. Махачкала

Цель работы. Теоретическое и практическое обоснование целесообразности использования коррекции нарушений биоэнергетики и микроциркуляции кишечной стенки (КНБМКС) в комплексном лечении послеоперационных парезов кишечника (ППК) при острой кишечной непроходимости (ОКН).

Материалы и методы. Экспериментальные исследования проведены на 500 крысах и 173 собаках, где изучались изменения содержания макроэргических фосфорных соединений (АТФ, АДФ, АМФ, КФ и НФ) в стенке тонкой кишки в различные сроки (от 6 до 48 ч) после создания и устранения ОКН. В клинической части анализированы результаты лечения 3147 больных ОКН, в том числе у 396 с проведением КНБМКС.

Результаты опытов на животных показали, что уже с первых часов после создания ОКН резко нарушается энергетический обмен в стенке различных отделов тонкой кишки. Обнаруженные НБМКС при ОКН характеризуют важную сторону патогенеза этого заболевания и являются одной из причин развивающегося при ней ППК. На основании результатов экспериментов разработан и применен у 396 больных способ патогенетического лечения ОКН, включающий КНБМКС (а. с. № 1197645) путем внутривенной и парентеральной инфузии лекарственной смеси: АТФ, кокарбоксилаза, гепарин, гидрокортизон, ампициллин и новокаин.

Заключение. Комплексное лечение ОКН, включающее и КНБМКС, при условии оптимального оперативного вмешательства привело к снижению послеоперационных осложнений в 2,5 раза и летальности в 2 раза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ш. Д. Ачилов, И. В. Грачев, А. Э. Саттаров, Ч. Ю. Курбатов
г. Ташкент

Под нашим наблюдением находились 102 больных с распространенными формами перитонита, в комплексном лечении которых была использована лапаростомия. Из них у 41 (40,2%) причиной перитонита была острая кишечная непроходимость. У 32 из 41 лапаростомия была наложена после повторных операций, и только у 9 больных она применена при первичной операции.

У подавляющего большинства (14) непосредственной причиной перитонита была недостаточность наложенных швов, что является одним из самых важных факторов, определяющих тяжесть течения и прогноз. У 13 больных установлено прогрессирующее основное патологическое процесса (спайки), у 8 больных выявлены внутрибрюшинные гнойники, а у 6 больных непосредственной причиной возникновения перитонита была перфорация полого органа.

Опыт проведения лапаростомии с этапной санацией брюшной полости показывает, что паралитическая кишечная непроходимость и обширный спаечный процесс в брюшной полости нередко остаются. Поэтому деление на механическую и функцио-

нальную непроходимость кишечника в этих случаях условно и не имеет практического значения.

Умерло 10 из 41 больного, при этом наибольшая летальность отмечена при терминальной стадии перитонита и особенно при наложении лапаростомии после повторных операций (9 из 10 больных).

Своевременное применение лапаростомии по поводу перитонита дает максимально клинический и функциональный эффект профилактики развития полиорганной недостаточности.

В ходе этапной санации выявлено, что декомпрессия кишечника чрезвычайно эффективна, т. к. позволила осуществить эвакуацию токсического содержимого растянутых петель кишки.

ИНТУБАЦИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО ЛАВАЖ ОЗОНИРОВАННЫМ РАСТВОРОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. А. Бабаев, А. В. Шишихин, П. В. Зорин,
г. Иваново

Обязательным этапом оперативного вмешательства по поводу острой тонкокишечной непроходимости (ОТН) является декомпрессия желудочно-кишечного тракта, т. к. быстрее восстановление перистальтики — залог успешного исхода операции в целом. Также для санации источника эндогенной интоксикации целесообразно применение препаратов, содержащих активный кислород.

В хирургической клинике 1 городской клинической больницы за последние пять лет по поводу ОТН были оперированы 144 больных в возрасте от 18 до 87 лет. Причинами ОТН были: спаечный процесс брюшной полости (56,9%), ущемленные грыжи (28,5%), злокачественные новообразования (6,9%), заворот кишки (5,6%), инородные тела (2,1%). После ликвидации непроходимости в 58 случаях мы провели закрытую интубацию тонкого кишечника (ЗИТК) однопросветным зондом собственной конструкции. Перед ЗИТК выполняем блокаду корня брыжейки тонкой кишки (50–80 мл 0,25%-ного раствора новокаина). Считаем достаточным проведение зонда на 1,5 м за связку Трейца. Только 10 пациентам со спаечной болезнью, ранее неоднократно оперированным на органах брюшной полости, выполнялась тотальная ЗИТК (шинирование) с оставлением зонда в кишечнике до 14 суток. Конец зонда выводим наружу через носовой ход. Перфорационные отверстия не должны располагаться в пищеводно-орально-носовой части зонда. В послеоперационном периоде проводим интенсивную инфузионную терапию, направленную на коррекцию водно-солевого обмена, т. к. в первые сутки после операции по зонду эвакуируется от 1 до 3 л кишечного содержимого. Зонд удаляем после возобновления устойчивой перистальтики, а также при отсутствии болей и вздутия живота при контрольном пережатии зонда на сутки.

Кишечный лаваж проводим озонированным физиологическим раствором (ОФР). С 1998 г. для его получения используется отечественный аппарат «Надежда-0» производства НПК «Биотехник». При работе аппарата в режиме открытого контура достигаемая концентрация озона в растворе составляет 1500 мкг/л. В течение часа возможно приготовление 3 л ОФР. Во время операции, после удаления содержимого из кишечника, в его просвет вводится 1 л ОФР с 15–20-минутной экспозицией. В послеоперационном периоде лаваж кишечника ОФР (в объеме до 0,5 л) выполняем 3 раза в сутки. Применение ЗИТК и использование ОФР позволили снизить летальность при ОТН с 11,6% до 8,6%.

Техническая простота получения ОФР, его низкая себестоимость и выраженный лечебный эффект при проведении кишечного лаважа позволяют рекомендовать этот аппарат для более широкого использования в комплексном лечении ОТН.

МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Г. А. Баранов, В. Н. Серебряков
г. Ярославль

Проведен анализ результатов оперативного лечения за пятилетний период 208 больных с острой кишечной непроходимостью (возраст от 16 до 98 лет).

По уровню обструкции в 61,1% случаев была тонкокишечная и в 38,9% — толстокишечная непроходимость. У 41,6% больных отмечена смешанная (спаечный илеус), в 40% — обтурационная и в 18,4% случаев — странгуляционные формы.

Послеоперационная летальность при спаечной непроходимости отмечена в 12,7%, при странгуляционной — в 31,4%, при обтурационной — в 36,8% наблюдений. Обтурация кишечника в 80,3% случаев возникла вследствие онкологических причин. Количество неблагоприятных исходов операций по поводу илеуса увеличивалось в зависимости от возраста больных (средний возраст умерших $62 \pm 5,02$ лет).

В группе пациентов, оперированных при непроходимости не осложненной перитонитом, летальность составила 15,9%, а при развитии перитонита — уже 41,6%.

Изучали динамику ряда параклинических показателей в 1,3 и 5-е сутки послеоперационного периода при наличии явлений пареза кишечника. Наиболее динамично к 3 суткам отражали тяжесть послеоперационной интоксикации лейкоцитоз, моноцитопения и увеличение ЛИИ. Выявлено снижение уровня протеинемии до $62,5 \pm 1,07$ г/л и повышение глюкозы в крови до $7,62 \pm 0,57$ ммоль/л как свидетельство угнетения белково-синтетической функции печени на фоне энтеральных потерь белка и нарушений углеводного обмена. Отмечена также протеинурия до $0,062 \pm 0,007$ г/л.

Уровень остаточного азота повышался до $35,93 \pm 2,63$ ммоль/л и мочевины до $13,81 \pm 0,9$ ммоль/л. Соотношение между прямым и непрямым билирубином нарушено более чем в 1,7 раза от нормы. Концентрация среднемoleкулярных полипептидов повышена почти в 2,9 раза по сравнению с нормальными значениями.

При кишечной непроходимости в крови выявлены органические ациклические соединения, относящиеся по химическому строению к классам альдегидов, спиртов и кетонов. При тонко- и толстокишечной непроходимости имеется одностороннее биохимическое изменение после устранения препятствия для пассажа по кишечнику. Отмечено, что уровень эндогенного ацетона при высокой кишечной непроходимости в 2,83 раза выше, чем при низкой ($p < 0,01$). Генез ацетонемии при кишечной непроходимости свидетельствует о глубоких изменениях в сложной цепи метаболических связей, выражающихся в дезинтеграции липидного и углеводного обмена.

Таким образом, факт нарастания токсемии с первых суток послеоперационного периода подтверждает необходимость в применении дополнительных методов коррекции нарушенного метаболизма в целях возможно ранней стабилизации гомеостаза и предотвращения нарастания эндоинтоксикации.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. А. Баулин, А. С. Ивачев, М. М. Беренштейн
г. Пенза

За последние 18 лет (1982—1999 гг.) в клинику поступили 1116 больных с ОКН. Из них оперированы 452 (40,5%), в том числе повторно — 4,3%. Мужчин было 507 (45,5%), женщин — 609 (54,5%). При анализе по трем 5-летиям и трем последним годам (1997—1999) отмечается рост контингента больных старше 60 лет — от 42% и 40% в первых двух и до 70% и 40,3% во вторых периодах.

Послеоперационная летальность по 5-летиям снизилась более чем в 2 раза (с 12,7 до 6,6% и 5,3% соответственно). Средний койко-день после операции сократился почти в 1,5 раза (с 18,3 до 16,8% и 13,5% соответственно). Вместе с тем тяжесть состояния доставленных больных за последние 3 года значительно возросла (социальный фактор, более поздняя доставка в стационар и др.). Поэтому явно положительная динамика качественных показателей хирургического лечения в течение названных трех пятилетий за последние 3 года, понятно, пошла на спад. Так, число тяжелых послеоперационных осложнений за последние 3 года возросло с 6,1—4,2% и 2,6% по пятилетиям. Соответственно и послеоперационная летальность увеличилась с 12,7 — 6,6 и 5,3% до 8,6%.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Г. Бебуришвили, А. А. Воробьев, И. В. Митин, В. В. Мандриков
г. Волгоград

Проблема оперативного лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) актуальна в настоящее время. Стремительный рост малоинвазивных технологий позволяет внедрять в практику новые способы хирургической коррекции спаечной болезни брюшной полости (СББП).

Лапароскопический адгезиолизис выполнен 83 больным с различными формами спаечной болезни и кишечной непроходимости, ранее перенесших хирургические вмешательства на органах брюшной полости.

Скрининговым методом предоперационного обследования пациентов со спаечной болезнью является ультразвуковое исследование зон послеоперационных рубцов датчиком с частотой 7,5 МГц. При этом устанавливаем наличие висцеро-париетальных сращений полых органов, степень их подвижности. По результатам исследования определяем места для создания пневмоперитонеума и введения первого троакара, составляем прогноз сложности малоинвазивного хирургического вмешательства.

При осмотре брюшной полости у больных с ОСКН подтверждено наличие диагностированных при УЗИ висцеро-париетальных сращений тонкой кишки в 60,0% на-

блюдений. Межпетлевые тяжевые сращения, вызывающие клинику спаечной непроходимости, методом ультрасонографии не определяются.

Эффективность лапароскопического способа оперативного лечения ОСКН составила 83,3%. Осложнений на самом опасном этапе операции — введении в брюшную полость первого инструмента — не было.

В 8 наблюдениях мы были вынуждены перейти к лапаротомии: в связи с технической невозможностью разъединить межорганные сращения (образование спаечных конгломератов) у 2 и возникшими интраоперационными осложнениями (перфорация подпаянной к рубцу петли тонкой кишки) у 6 больных.

Пребывание пациентов в стационаре после успешно завершённых малоинвазивных операций составило в среднем 6 дней. Критерии допустимости малоинвазивного способа рассечения межорганных сращений зависят от степени спаечного процесса, выявленного во время диагностической лапароскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА

Б. М. Велик

г. Ростов-на-Дону

В работе представлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения в двух группах больных с острой непроходимостью кишечника (ОНК) неопухолового генеза. В 1-й группе (277 больных) лечение проводилось по общепринятым стандартам, включая интраоперационную оценку жизнеспособности (ЖС) кишки, которая осуществлялась традиционным визуальным пальпаторным способом. Во 2-й группе (213 больных) лечение проводилось по разработанным в клинике принципам, включая оценку ЖС кишки и определение границ ее резекции (интраоперационная биомикроскопия и лазерная доплеровская флоуметрия), а также дифференцированный подход к выбору объема комплексного лечебного пособия с учетом степени тяжести эндотоксикоза (ЭТ).

Характер послеоперационных осложнений и показатели летальности в обеих группах представлены в таблице.

Характер осложнений	Число больных			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Эвентрация	13(2)	4,7	4	1,9
Абсцессы и инфильтраты брюшной полости	15(5)	5,4	8(2)	3,7
Несостоятельность швов анастомоза	13(11)	4,7	2(1)	0,9
Наружный тонкокишечный свищ	10(4)	3,6	4	1,9
Прогрессирование некроза кишечной петли	5(5)	1,8	-	-
Пневмония	45 (34)	16,2	22(13)	10,3
Респираторный дистресс-синдром	14(13)	5,0	9(6)	4,2
Отек легких	30 (28)	10,8	8(7)	3,7
Острая почечная недостаточность	35 (29)	12,6	19(13)	8,9
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	32 (29)	11,5	20(16)	9,4
Токсико-септический шок	25(19)	9,0	11(7)	5,2
Острая печеночная недостаточность	24(16)	8,7	8(5)	3,7
Сепсис	9(9)	3,2	3(3)	1,4
ДВС-синдром	5(5)	1,8	3(2)	1,4
Тромбоз легочной артерии	4(4)	1,4	3(3)	1,4
Всего число больных с осложнениями	121 (55)	43,7	69 (25)	32,4
Послеоперационная летальность	19,8%		11,7%	

ПРИМЕЧАНИЯ: 1 В скобках — число умерших больных. 2. Общее количество послеоперационных осложнений в 1-й группе больше 121 и во 2-й группе больше 69, так как у больных имело место сочетание нескольких осложнений.

Анализ полученных результатов свидетельствует, что лечение больных ОНК с использованием разработанных в клинике принципов позволило значительно уменьшить число инфекционно-воспалительных осложнений в брюшной полости, прежде всего связанных с неправильной интраоперационной оценкой ЖК кишки, а также тяжелых органических повреждений, обусловленных прогрессированием ЭТ, что в целом привело к снижению послеоперационной летальности на 8,1%.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

В. И. Белоконов, В. В. Замятин, П. П. Волков, А. М. Симатов, А. Г. Гришин, Н. Н. Гарин
г. Тольятти

Проведен анализ лечения 418 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) неопухолевого генеза, которые составили 3,3 % от общего числа (13750) пролеченных пациентов за период с 1995 по 1999 гг. в Автозаводском районе г. Тольятти.

Спаечная ОКН выявлена у 395 (94,5%), заворот кишечника — у 14 (3,4 %), обтурационная неонкологическая ОКН — у 9 (2,1 %). Женщин было 230 (55%), мужчин — 188 (45 %). У 207 (52 %) больных со спаечной ОКН на фоне консервативного лечения (декомпрессия желудка, очистительная клизма, инфузионная терапия) явления ОКН были купированы. Среднее пребывание больных в стационаре составило $4,7 \pm 4$ дня.

188 (48%) больных со спаечной ОКН были оперированы, женщин было 110 (59%), мужчин — 78 (41%), из них до 6 часов с момента госпитализации оперировано — 38 (20%), через 7—12 часов — 45 (24%), через 13—24 часа — 53 (28%), свыше 24 часов — 52 (28%). Среди оперированных лиц до 20 лет было 29 (14%), от 21 до 40 — 67 (32%), от 41 до 60 — 61 (30%), старше 61 — 50 (24%). При спаечной ОКН из 188 оперированных больных рассечение спаек было выполнено у 177 (94%), умерло 8 (4,5%), резекция кишки с анастомозом «бок в бок» — 11 (6%), умерло 2 (18%). У 96% больных применялась интраоперационная ретроградная декомпрессия кишечника. После операции умерло 10 (5,32 %), среди них 8 больных поступили через 24 часа и более с момента заболевания.

Мужчин умерло 7, женщин — 3, в возрасте от 31 до 40 лет — 3, от 41 — 60 лет — 4, старше 60 — 3.

С заворотом тонкой и сигмовидной кишки оперировано 14 больных, женщин — 4, мужчин — 10. В первые 6 часов от начала заболевания — 2, через 7—24 часа — 8, свыше 24 часов — 4. Лиц до 20 лет было — 3, от 21 до 40 лет — 4, от 41 до 60 — 4, старше 61 — 3. У 12 больных выполнено устранение заворота кишки. У 2 больных — резекция кишки. Средний койко-день составил $14,5 \pm 5$ дней.

Обтурационная ОКН отмечена у 9 больных, женщин — 4, мужчин — 5. В первые сутки поступило 7 больных. В возрасте до 20 лет — 2, от 21 до 40 — 0, от 41 до 60 и старше — 7. У больных этой группы выполнены следующие операции: илеотомия, гастротомия с удалением инородных тел (желчные, каловые конкременты) у 2 больных, у 6 — эвакуация инородных тел в слепую кишку или через задний проход. Резекция кишки — у 1 больного. Средний койко-день — $13,2 \pm 5$. Общая летальность при ОКН неопухолевого генеза составила 2,39%.

Лечение ОКН необходимо начинать с комплекса консервативных мероприятий. Раннее оперативное лечение позволяет уменьшить количество резекций кишки и снизить послеоперационную летальность. Считаем оправданной методику интраоперационной ретроградной декомпрессии кишечника. Результаты лечения больных с ОКН зависят от причины непроходимости и манифестации симптомов. Поздние сроки поступления больных в стационар существенно ухудшают результаты лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕЛАПАРОТОМИЙ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. И. Белоконов, А. М. Савин, Е. П. Измайлов
г. Самара

Обобщены результаты лечения 142 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН), которым в связи с развитием осложнений проводились повторные релапаротомии. Мужчин было 78, женщин — 64. Возраст пациентов колебался от 15 до 76 лет. Тяжесть состояния больных оценивалась по классификации APACHE II.

Показаниями к повторной операции были: у 71 (35,9%) больного кишечные свищи, среди них свищи 1-го типа — у 41 (57,7%), 2-го типа — у 6 (8,4 %), 3-го типа — у 7 (9,8%), 4-го типа — у 17 (23,9%), у 41 (20,7%) — повторная ОКН, у 32 (16,2%) — прогрессирующий перитонит, у 16 (14,6%) — абсцессы брюшной полости, у 12 (6,1 %) — эвентрация, у 9 (4,5%) — несостоятельность кишечных стом, у 4 (2%) — деструктивный панкреатит. Всего было выполнено 198 релапаротомий: одна — у 106 больных, умерло 24 (22,6%), две у 25 — умерло 10 (40%), от 3 до 8 у 11 — 4 (36,4%) умерло.

Основные причины, которые привели к необходимости релапаротомии были: отказ от декомпрессии кишечника при первой операции; неустранимая непроходимость в дистальных отделах кишечника; нерациональная санация и дренирование брюшной полости; неправильная оценка жизнеспособности кишечной стенки; применение нерассасывающегося шовного материала, ятрогенные повреждения кишечника.

При проведении повторных операций нами были использованы способы сквозной декомпрессии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта; всего ЖКТ; сквозное дренирование сальниковой сумки. В условиях ОКН при необходимости резекции соустьев на уровне тощей кишки повторное наложение анастомоза выполняли «бок в бок» с выведением энтеростомы по Майдлю с использованием современных рассасывающихся синтетических материалов и сшивающих аппаратов. При патологии на уровне подвздошной и ободочной кишки формировали одностольные или двустольные кишечные стомы, через которые проводили декомпрессию кишечника, с последующим их устранением в плановом порядке.

Из 53 пациентов со спаечной ОКН умерло 9 (17%), с obturационной — из 48 умерло 13 (27,1%), при мезентериальном тромбозе — из 17 умерло 6 (35,3%), при завороте кишечника — из 14 умерло 6 (42,8%), при странгуляционной ОКН — из 6 умерло 3, при инвагинациях кишок — из 4 умер 1 пациент. Всего из 142 больных с ОКН умерло 38 (26,76%).

Таким образом, своевременно выполненные повторные релапаротомии при рациональном выборе объема операции и способе декомпрессии позволяют улучшить результаты лечения больных с ОКН даже при возникающих осложнениях после первой операции.

ПРИЧИНЫ ПОЗДНИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Е. М. Блажитко, А. И. Бромбин, Г. Н. Толстых
г. Новосибирск

Более чем 50% больных, поступающих в хирургические стационары, оперируются достаточно поздно, как правило, после суточного динамического наблюдения и неоднократных попыток консервативного разрешения в течение 12–48 часов. Как ни парадоксально, наблюдение за больными с кишечной непроходимостью основано на контроле симптомов раздражения брюшины, а фактически и нередко только их появление заставляют дежурного хирурга выставлять показания к операции.

Классическая «триада» симптомов кишечной непроходимости также не может претендовать в абсолюте при обозначении показаний к операции по следующим причинам.

Поздняя диагностика кишечной непроходимости как бы предрешена. А главное — оперативное вмешательство выполняется на этапе уже начавшейся или очевидной секвестрации жидкости в просвете кишки. В этих условиях уже всегда имеются показания к интубации кишечника (расширение просвета кишки более 4–5 см, грубые микроциркуляторные изменения ее стенки, факт секвестрированной жидкости и нередко перитонит).

В основу ранней диагностики положен тщательный анализ перистальтики кишечника при динамическом наблюдении (норм-, гипер «угасание» перистальтики-исчезновение-начало секвестрации жидкости). При ее «угасании», а тем более в сочетании с рецидивом клинико-рентгенологических маркеров (повторение схваткообразных болей, рвоты, «истинной» задержки стула и газов, замедление — «стоп-контраст» бариевой взвеси), тотчас выставляются показания к оперативному вмешательству.

Угасание перистальтики в совокупности с отсутствием эффекта от консервативных мероприятий является показанием к релапаротомии при ранней спаечной кишечной непроходимости.

Придерживаясь вышеизложенной тактики ведения, за последние 5 лет прооперировано 153 больных, умерло 11 чел. (7,2%), в основном от полиорганной недостаточности на почве грубых водно-электролитных расстройств при поздних сроках поступления (более 2-х суток). В течение 24 часов оперировано 142 больных (92%), у 51 (33%) имелись показания к интубации кишечника.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Е. Богданов, В. А. Ступин, С. В. Силуянов, В. В. Михальский
г. Москва

Традиционные способы диагностики опухолевой ОКН представлены клинической картиной заболевания, данными обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки, ирригоскопией или ректоскопией и колоноскопией, лапароскопией. Второй задачей диагностического периода после выявления показаний к хирургическо-

му лечению является объективная оценка степени выраженности нарушений гомеостаза для определения сроков и объема предоперационной подготовки. Оба этапа диагностики применялись в клинике при опухолевой ОКН у 336 оперированных в экстренном и срочном порядке больных.

Инструментальные методы диагностики позволяют выявить уровень обструкции, выраженность непроходимости по степени расширения толстой и тонкой кишки, степень стеноза опухоли, наличие других осложнений. В последнее время в клинике все большую диагностическую значимость имеет ультразвуковое обследование, являющееся скрининг-методом, позволяющим определить практически все признаки, обнаруживаемые рентгеновским или эндоскопическим способами. Данные, полученные при УЗИ-диагностике у 16 больных, подтверждены результатами колоноскопии и интраоперационно.

Среди 336 больных с obturационным колоректальным раком у 181 до операции обнаружены признаки только толстокишечной непроходимости, а у 155 была выявлена тонко-толстокишечная ОКН. Методы диагностики обструкции в этих группах представлены в таблице. Наличие рентгенологических признаков тонко-толстокишечной непроходимости свидетельствует об необходимости предоперационной подготовки, без выполнения других методов диагностики локализации опухоли, так как таким больным необходима срединная лапаротомия с последующей декомпрессией и тонкой и толстой кишки.

Методы диагностики	Толстокишечная	Тонко-толстокишечная
Клинический	8	5
Обзорная рентгенография	73	70
Ректороманоскопия	16	8
Ирригоскопия	10	19
Колоноскопия	58	50
Лапароскопия	4	1
Интраоперационный	12	2
Всего	181	155

Таким образом, в диагностической и лечебной тактике при опухолевой ОКН необходимо использовать не только инструментальные методы исследования, позволяющие определить уровень обструкции, оценить степень «запущенности» заболевания, наличие других осложнений опухоли, но и объективную оценку состояния больного на всех этапах лечения для правильной коррекции нарушений гомеостаза, вызванных непроходимостью.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Е. Борисов, Л. А. Левин, С. Е. Митин, К. Л. Старосельцев
г. Санкт-Петербург

В 1996—1999 годах лапароскопические вмешательства были предприняты у 74 больных с клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости.

Чаще всего эндовидеохирургическая технология использовалась для лечения спаечной кишечной непроходимости, возникшей в различные сроки после однократных или повторных лапаротомных операций — у 33 больных. Разъединить брюшинные сращения и устранить непроходимость лапароскопическим способом удалось 23 из них (69,7%).

У 9 пациентов лапароскопия выявила или подтвердила предполагавшуюся опухолевую природу obturационной кишечной непроходимости. Во всех случаях она позволила определить уровень обструкции кишки, степень изменений кишечной трубки и избрать оптимальный в конкретной ситуации способ экстренной операции (резекция кишки, создание обходного анастомоза, колостомия), которая производилась традиционным способом. Лапароскопически ассистированная колостомия требовала лишь небольшого разреза для выведения кишки.

Причиной острой кишечной непроходимости в 14 наблюдениях явились ущемленные или невправимые грыжи различной локализации. 5 больным (35,7%) ущемление и непроходимость удалось устранить лапароскопически, 2 из них в последующем производилась релапароскопия для оценки состояния ущемленного участка кишки в динамике.

Эндовидеохирургическим способом была ликвидирована инвагинация подвздошной кишки, диагностированная лапароскопически у 1 больного.

В 1 наблюдении прогрессирующие симптомы кишечной непроходимости возникли у больного с перфорацией дивертикула сигмовидной кишки и абсцессом полости таза. Под лапароскопическим контролем наложена двухствольная колостома, санирована и дренирована полость абсцесса.

У 9 больных симптомы кишечной непроходимости возникли вследствие инфаркта кишки на почве мезентериального тромбоза. Во всех случаях лапароскопически констатированы необратимые изменения обширных участков кишечника, что позволило воздержаться от бесперспективной лапаротомии. В 7 наблюдениях диагностирован динамический характер кишечной непроходимости без органических изменений кишки (парез), в брыжейку кишки вводился раствор новокаина.

Лапароскопия у больных с симптомами острой кишечной непроходимости позволяет в кратчайшие сроки установить или уточнить диагноз, а также выбрать оптимальную тактику и технику лечения. Применение эндовидеохирургической технологии эффективно при различных формах кишечной непроходимости и способствует улучшению результатов лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. И. Брегель, С. Б. Пинский

г. Иркутск

Актуальность проблемы диагностики острой кишечной непроходимости определяется многообразием ее клинических проявлений, сложностью ранней диагностики и выбора рациональной лечебной тактики, а также неудовлетворительными результатами лечения. Существенное значение в улучшении диагностики и результатов лечения может иметь диагностическая и лечебная лапароскопия.

Из 212 больных с острой кишечной непроходимостью у 122 больных при лапароскопии был подтвержден направительный диагноз и у 90 больных при лапароскопии в связи с подозрением на другие острые заболевания была диагностирована острая кишечная непроходимость различного генеза. Более 80% пациентов были старше 60 лет. У 39 больных для уточнения диагноза и контроля за динамикой патологического процесса на протяжении 1—3 суток было проведено 58 повторных лапароскопий с использованием оригинальных гильз из фторопласта.

Кроме того, у 119 больных, направленных на лапароскопию с подозрением на острую кишечную непроходимость, это заболевание не было обнаружено. У 66 больных были выявлены другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости и у 53 больных острая патология живота была исключена.

У 44 больных острая кишечная непроходимость была обусловлена стенозом и обтурацией просвета толстой кишки опухолью, у 21 — носила спаечный характер, у 2 — имел место заворот сигмовидной кишки и у 145 больных диагностировано острое нарушение мезентериального кровообращения. Следует отметить, что частота расхождения направительного и эндоскопического диагнозов при опухолевом, спаечном генезе кишечной непроходимости и при нарушении мезентериального кровообращения, а также частота выявления этих заболеваний при подозрении на другие острые патологические процессы в брюшной полости были примерно одинаковыми.

Лапароскопическая диагностика кишечной непроходимости основывалась на прямых и косвенных симптомах заболевания. Основными эндоскопическими критериями являлись резко раздутые петли кишечника, наличие опухолевого конгломерата в проекции различных отделов ободочной кишки, большое количество плоскостных и реже шнуровидных спаек с фиксацией кишечника к передней брюшной стенке и петель кишечника между собой, усиленная или ослабленная перистальтика, изменение цвета кишечной стенки.

Ошибки лапароскопической диагностики острого нарушения мезентериального кровообращения имели место у 3 больных в стадии ишемии (2) и перитонита (1). Осложнения возникли у 3 больных и включали пункцию раздутой кишечной петли (2) и десерозацию ее стенки (1).

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Б. С. Брискин, И. А. Поляков

г. Москва

За последние 10 лет в клинике выполнено 24245 операций по поводу различных заболеваний органов брюшной полости. В связи с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями у 204 больных выполнена релапаротомия (РЛ), что составило 0.9%. Из общего числа повторных операций с клинической картиной ранней послеоперационной непроходимости были оперированы в разные годы от 15,4% до 39% (в среднем 27%). Под термином «ранняя» подразумеваем период до выписки больного из стационара. Проведен анализ историй болезней 51 больного, оперированных с клинической картиной ранней кишечной непроходимости. В 41,5% случаев во время первой операции имелся перитонит. Послеоперационная летальность составила 29%.

Таким образом, ранняя послеоперационная кишечная непроходимость чаще всего является следствием неразрешенного или вялотекущего перитонита и требует активной хирургической тактики и уменьшения сроков динамического наблюдения. Это подтверждается исходами повторных операций, выполнение которых в течение первых трех суток дает значительно меньшую летальность — 14,3% против 38,8% при длительном наблюдении.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. В. Быков, В. С. Прокофьев, В. А. Пилипчук, В. Г. Матросов, В. З. Поволокин,
Азим Саид Саидшах
г. Волгоград

Наблюдали 422 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Оперированы 259 (61%) больных. Операционная летальность составила 12,3%. Хронологический анализ свидетельствует об увеличении группы больных с ОКН. Основными и постоянными элементами диагностики и тактики являлись: при тонкокишечной непроходимости — обязательное динамическое рентгенологическое наблюдение за пассажем жидкого бария по кишке с интервалом в три часа, при толстокишечной непроходимости — срочная ирригография, послеоперационное дренирование и промывание тонкой кишки интестинальным двухпросветным зондом, установленным во время операции (37% наблюдений), формирование колостомы после резекции толстой кишки, динамическая послеоперационная лапароскопия при странгуляционной непроходимости. Больным с ОКН и признаками разлитого перитонита выполнялась экстренная операция. При отсутствии признаков перитонита решение об операции принималось на основании данных клинико-лабораторного и рентгенологического наблюдения. Ультразвуковое сканирование брюшной полости, по нашему мнению, пока не может быть альтернативой рентгенологическому исследованию. Используемый диагностический и тактический алгоритм позволил стандартизировать тактику и избежать серьезных ошибок в течение многих лет. Однако снижение послеоперационной летальности отмечалось только в группе больных с обтурационной формой спаечной непроходимости (до 6%). В группах пациентов со странгуляционной и толстокишечной формами ОКН летальность оставалась высокой (16—26%). Следует подчеркнуть, что наиболее частыми причинами ОКН в этих случаях оказались ущемление петель тонкой кишки в грыжевых воротах и рак ободочной кишки. Таким образом, основные трудности в снижении послеоперационной летальности при ОКН связаны не с отработкой диагностических или лечебных приемов, а с проблемами организационного характера — ранней санацией грыженосителей, а также своевременным выявлением и лечением рака ободочной кишки.

ЛАВАЖ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И. Т. Васильев, Р. Б. Мумладзе, В. И. Якушин, С. М. Чудных, Ч. Н. Лебедимский, С. В. Болдин
г. Москва

Расстройство двигательной и эвакуаторной функции кишечника при его непроходимости приводит к замедлению пассажа химуса и контаминации верхних отделов желудочно-кишечного тракта новыми видами микробов.

Происходят многократный рост и резкие изменения в составе микрофлоры. Возникает синдром избыточной колонизации тонкой кишки, который означает повышенную концентрацию в ней бактериальных популяций, аналогичных по видовому составу микрофлоре толстой кишки. Снижение барьерной функции эпителия лимфатической и ретикулоэндотелиальной систем ведет к трансэпителиальной миграции микроорганизмов, к проникновению их и их токсинов в лимфу и кровь. Патологическое внутрикишечное содержимое становится источником эндогенного инфицирования и реинфицирования больного, источником проникновения бактерий не только в кровеносное русло и лимфу, но и в брюшную полость.

Поэтому интестинальная санация при кишечной непроходимости приобретает особо важное значение.

Нами разработана методика фракционного лаважа кишечника 0,9% озонированным раствором хлорида натрия. Лаваж осуществляется через назоинтестинальный зонд, которым была интубирована тонкая кишка во время операции в объеме 400,0 раствора 2—3 раза в сутки с концентрацией озона 4—6 мг/л.

Бактериологические исследования показали, что у всех больных с кишечной непроходимостью развивается избыточная микробная колонизация тонкой кишки. Взятие материала производили путем аспирации из кишечного зонда. В среднем в каждой из взятых проб культивировалось от 3 до 5 видов бактерий. Микробный пейзаж при этом был представлен аэробными (кишечная палочка, золотистый стафилококк,

протей, кандиды, фекальные стрептококки) и анаэробными (лакто- и бифидобактерии, клостридии, бактериоды) микроорганизмами.

Исследования показали, что 0,9%-ный озонированный раствор хлорида натрия к 90 минуте после воздействия полностью подавляет рост кишечной палочки, а через 6 часов наступает полная стерильность исследуемого материала. Однако в последующем титр микробных тел снова продолжал расти и к исходу суток достигал исходного значения. Этот факт, по-видимому, следует объяснять наличием у возбудителей белковой защиты и продолжающихся репаративных процессов с восстановлением нуклеиновых кислот.

Таким образом, озонированный 0,9%-ный раствор хлорида натрия обладает выраженным бактерицидным действием на кишечную микрофлору. Внутрикшечное его применение позволяет избежать синдрома избыточной колонизации тонкой кишки при кишечной непроходимости.

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ ОЗОНА У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И. Т. Васильев, Р. Б. Мумладзе, В. И. Якушин, С. М. Чудных, Л. Д. Равич, И. Б. Бабаев,
Н. М. Якушин
г. Москва

Изучение эффективности проводимой озонотерапии в послеоперационном периоде у больных с кишечной непроходимостью по состоянию неспецифического и специфического клеточного и гуморального иммунитета. Озонотерапия больных проводилась в виде парентерального и энтерального применения озонированного 0,9%-ного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 4–6 мг/л.

При анализе изменений иммунологической реактивности организма у больных, получавших озонотерапию, и сравнение их с аналогичными показателями у больных контрольной группы были выявлены значительные различия практически по всем звеньям иммунитета.

Из клеточного звена иммунитета наиболее информативной оказались популяции Т-лимфоцитов. Если исходный уровень Т-лимфоцитов в обеих группах составлял 52%, то в процессе проведения озонотерапии к 5 суткам этот показатель достигал нормальных значений и продолжал расти дальше, тогда как в контрольной группе — только на 14–15-е сутки лечения.

При нормализации клеточного иммунитета происходит рост у гуморальных его факторов. Отмечено снижение уровня Jg G в первые сутки у всех больных, что говорит о выраженном нарушении гуморального иммунитета, а Jg A и Jg M, напротив, имели тенденцию к некоторому повышению, что отражает наличие воспалительного процесса и его острый характер.

У больных, получавших озон, уровень иммуноглобулинов достигал нормальных значений на 5-е сутки по сравнению с контрольной группой, в которой их концентрация увеличивалась до нормы только на 15-е сутки.

В свою очередь, рост сывороточных факторов иммунитета усиливал реакцию опсонизации, без которой невозможен фагоцитоз. Нарастание опсонов в сыворотке крови приводило к активации фагоцитов, что объективно подтверждалось динамикой фагоцитарного показателя. У больных основной группы к 5-м суткам фагоцитарный показатель достигал нормы и продолжал рост до 15 суток лечения по сравнению с контрольной группой. В последующем, вследствие регрессии воспалительного процесса, уровень фагоцитарного показателя снижался и к 21-м суткам оставался в пределах нижней границы нормы.

Более объективным показателем активности фагоцитоза является индекс его завершенности. На фоне применения озона данный показатель достигал нормальных значений на 5-е сутки и в дальнейшем оставался на уровне верхней границы нормы (в контрольной группе — только на 15-е сутки).

Таким образом, полученные результаты показывают, что на фоне озонотерапии увеличивается популяция Т-лимфоцитов. Последнее приводит к активации В-лимфоцитов и их пролиферации в плазматические клетки, продуцирующие иммуноглобулины, которые усиливают процессы опсонизации и, в свою очередь, стимулируют активность фагоцитов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ СПОСОБОВ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

В. Г. Вальтер, В. Е. Кутуков, Ю. В. Кучин, Р. Д. Мустафин, М. А. Подоляк
г. Астрахань

Декомпрессия ЖКТ является неотъемлемым компонентом лечения кишечной непроходимости и разлитого перитонита. Для этой цели существует большое количество методов интубаций пищеварительного тракта, некоторые из которых связаны с фистулизацией органов (желудок, тонкая и толстая кишка).

Ряд авторов негативно относится к использованию различного рода фистул для этой цели. Однако другие сообщают о хороших результатах интубаций кишечника через гастро- или цекостому. По мнению авторов, трансназальная интубация не всегда выполнима из-за анатомических особенностей, может способствовать развитию ателектатической пневмонии, острого трахеобронхита, ринита, синусита, отита и даже инфаркта миокарда.

За последние 10 лет мы располагаем опытом применения интубации кишечника у 546 больных. Из них в 27,2% имело место сочетание острой кишечной непроходимости и перитонита, у 54,3% с разлитым гнойным перитонитом интубация кишечника выполнялась с целью коррекции проявления эндотоксикоза, вызванного синдромом кишечной недостаточности. Трансназальная интубация кишечника выполнена 192 больным, интубация через гастростому — 354 больным.

Выбор способа декомпрессии зависел от степени тяжести перитонита, возраста больного, наличия сопутствующей патологии и анатомических особенностей носоглотки и желудка. Интубацию кишечника через гастростому выполняли по методике Ю. М. Дедерера в нашей модификации. Для сравнительной оценки этих двух методик применяли следующие критерии: продолжительность ИВЛ, количество санационных бронхоскопий, газовый состав крови, некоторые иммунологические показатели, длительность пареза кишечника, наличие так называемых «местных осложнений».

Наши исследования показали, что субъективно интубацию кишечника через гастростому больные переносят легче. У них эффективнее разрешается парез кишечника, относительно быстрее купируются респираторные нарушения. Однако у 5 больных (1,41%) развилась несостоятельность гастростомы, у 4 больных (1,1%) возникли абсцессы и флегмоны передней брюшной стенки в области гастростомы, а у 12 больных (3,39%) сформировались длительно незаживающие желудочные свищи, которые в двух случаях потребовали хирургической коррекции.

Следует отметить, что осложнения, связанные с наличием гастростомы, ни в одном случае не явились причиной летального исхода. В группе больных, у которых была произведена назогастроинтестинальная интубация, респираторные нарушения в виде обструктивного трахеобронхита и пневмонии были более выражены, требовали относительно большего количества санационных бронхоскопий. Летальность в группе больных с трансназальной интубацией кишечника составила 22,4%; в группе больных с интубацией кишечника через гастростому — 25,8%. Необходимо отметить, что второй способ относительно чаще применялся у наиболее тяжелых больных, преимущественно преклонного возраста. Наши наблюдения показали, что опасность интубации кишечника через гастростому при тщательном соблюдении хирургической техники несколько преувеличена.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. Г. Вальтер, В. А. Журнаджьянц, В. В. Кутуков, Г. Д. Одишелашвили
г. Астрахань

Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью остается в центре внимания хирургов. Обтурационная кишечная непроходимость занимает второе место среди всех форм кишечной непроходимости. Несмотря на большое число работ, посвященных этой проблеме, вопросы хирургического лечения окончательно не решены. Послеоперационная летальность при этой патологии колеблется от 7 до 18%, а по некоторым данным достигает 40% и выше.

Основная цель хирургического вмешательства заключается в наиболее раннем устранении причины непроходимости и декомпрессии кишечника. В нашей клинике при опухолях левой половины толстой кишки, вызвавших кишечную непроходимость, выполняются двух- или трехэтапные операции.

Причем стараемся одновременно удалить опухоль и произвести наложение колостомы. Второй этап — восстановление непрерывности кишечной трубки не ранее чем через 6 месяцев после первой операции. При локализации патологического процесса в правой половине толстой кишки выполняется правосторонняя гемиколэктомия или наложение обходного илеотрансверзоанастомоза. В крайне тяжелых случаях — цекостомия.

У 16 больных, которым выполнена правосторонняя гемиколэктомия, тонко-толстокишечный анастомоз дополнительно укрыт серозно-мышечно-подслизистым лоскутом, выкроенным из большой кривизны желудка на сосудистой ножке. При этом несостоятельности соустья не было зафиксировано ни в одном случае.

Из способов декомпрессии кишечника мы отдаем предпочтение интубации тонкой кишки по Ю. М. Дедереру через гастростому, что является, по нашим наблюдениям, наиболее эффективным средством в борьбе с послеоперационным парезом кишечника и интоксикацией. Интубационная трубка удаляется из кишечника на 5–7-е сутки после восстановления перистальтики и резкого уменьшения количества отделяемого. Желудочный свищ закрывается самостоятельно.

В раннем послеоперационном периоде продолжается интенсивная инфузионная и детоксикационная терапия по общепринятым схемам. Нами разработана методика

стимуляции кишечника с использованием прозерина и питуитрина, что резко усиливает моторику желудочно-кишечного тракта.

Разработанная тактика лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью позволила добиться снижения летальности при этой патологии до 16,54%.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

В. Я. Васютков, В. Н. Блохин, С. М. Панков, С. Е. Козлов
г. Тверь

Повсеместно отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями толстой кишки. Так, с 1983 по 1998 годы заболеваемость раком ободочной кишки населения Тверской области возросла почти в два раза — с 10,8‰ до 20,0 ‰ (на сто тыс. населения). Смертность увеличилась также значительно — с 8,8‰ (1983 г.) до 13,4‰ (1998 г.). Удельный вес заболеваемости этой патологией среди злокачественных опухолей за прослеженный период также возрос с 4,5% до 7,1%. Вышесказанное свидетельствует о неблагоприятной динамике показателей как заболеваемости, так и смертности от рака ободочной кишки.

С 1993 по 1999 годы под нашим наблюдением находились 1117 больных раком толстой кишки. С картиной острой кишечной непроходимости (ОКН) разной степени выраженности поступили в клинику 718 человек (63,7%). Опыт показал, что в генезе непроходимости в основном играют роль три фактора: окклюзия кишечной трубки опухолью, воспаление и отек пораженного сегмента стенки кишки. Алгоритм диагностики включал в себя следующие приемы: изучение анамнеза и клиники, обзорную рентгенографию брюшной полости, неотложное динамическое УЗИ кишечника, динамику пассажа бария по желудочно-кишечному тракту по П. Н. Напалкову. Основными ультразвуковыми признаками механической ОКН являются: увеличение диаметра тонкой кишки более 3 см, симптомы внутрипросветного депонирования жидкости, визуализация складок слизистой оболочки, усиление перистальтики, наличие выпота в брюшной полости. В целом диагностическая эффективность УЗИ при ОКН составила 84,8%.

При неполной и частично обратимой непроходимости проводим тщательную подготовку больного и кишечника с целью выполнения одномоментных оперативных вмешательств, являющихся более предпочтительными как для получения лучших непосредственных результатов, качества жизни больных, так и пятилетней выживаемости.

При полной обтурационной ОКН отдаем предпочтение многоэтапным операциям, которые включают следующие хирургические приемы: 1) резекцию пораженного сегмента кишки и формирование колостомы (чаще типа операции Гартмана); 2) тотальную интубацию кишечника назоинтестинальным зондом; 3) восстановление непрерывности толстой кишки спустя 3—6 месяцев после первого хирургического вмешательства. Всего выполнено 229 подобных реконструктивных и восстановительных операций. Послеоперационная летальность составила 2,6%. При динамическом наблюдении за больными этой группы в течение 3 лет хорошие результаты получены в 89,3% случаев.

Таким образом, строго дифференцированный подход к срокам и методам лечения ОКН опухолевого генеза, применение комплексной подготовки позволяют улучшить результаты лечения и послеоперационную летальность.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

И. В. Верзакова, В. М. Тимебулатов, В. В. Плечев, Р. Г. Каланов, Ф. М. Гайнутдинов,
М. С. Кунафин, Л. Н. Какаulina, А. М. Амирова
г. Уфа

Перитонит был выявлен клинически у 74,8% (77) больных. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено в дооперационном периоде всем больным с оценкой сонографических параметров.

При сравнении толщины стенки и диаметра кишки в зависимости от стадии перитонита получено статистически достоверное различие: чем продолжительнее время от момента развития перитонита, тем толщина стенки и диаметр кишки больше. Диаметр кишки у больных с реактивной стадией перитонита колебался от 2,8 до 3,6 см, средняя величина диаметра кишки составила $2,99 \pm 0,20$. У пациентов с токсической стадией перитонита колебания диаметра кишки составили от 3,1 до 4,0 см, средняя величина диаметра была равна $3,30 \pm 0,12$. В терминальной стадии перитонита диаметр кишки колебался в пределах 4,0—5,1 см, средняя величина его составила $4,38 \pm 0,32$.

Таким образом, показатель вероятности наличия перитонита является одним из сонографических признаков, указывающих на осложненное течение острой кишечной непроходимости.

ЗАЖИВЛЕНИЕ АНАСТОМОЗА ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. П. Власов, О. Ю. Рубцов, И. Г. Румянцев, Ю. П. Степанов
г. Саранск

В настоящее время отчетливо прослеживается рост кишечной непроходимости. Хирургами предпринимаются успешные попытки радикального лечения такого рода патологии. Между тем одним из нерешенных вопросов остается повышение надежности межкишечных соустьев. Нарушение герметичности анастомоза нередко определяется неспособностью шва создать условия для течения процесса заживления раны первичным натяжением. В настоящее время перспективным считается однорядный шов. Заметный интерес у хирургов вызывает эвертированный шов. Однако остается малоизученным вопрос надежности такого рода шва при острой кишечной непроходимости, что и явилось целью настоящего исследования.

В эксперименте собакам под наркозом моделировали острую странгуляционную толстокишечную непроходимость, осложненную перфорацией. Через сутки выполняли релaparотомию, резекцию толстой кишки с последующим формированием анастомоза конц в конец с использованием различных способов кишечного шва.

Заживление двухрядного инвертированного анастомоза в этих условиях протекало медленно и несовершенно. Зачастую возникал срыв восстановительного процесса тканей по линии соустья (несостоятельность швов в 26%). В остальных наблюдениях заживление анастомоза было вторичным натяжением. В основе неблагоприятного его заживления лежали выраженные структурные и функциональные изменения: нарушение микроциркуляции, резкое снижение редокс-потенциала (более чем на 78 %, $P < 0,001$), активизация процессов ПОЛ (более чем в 2,3 раза, $P < 0,001$), активизация фосфолипазы A2 (более чем в 3 раза, $P < 0,001$) и др.

Регенерация однорядного инвертированного анастомоза также не всегда протекала благоприятно (несостоятельность швов в 13%). В остальных наблюдениях заживление было различным (первичным и вторичным натяжением). Восстановление тканевых структур кишечной стенки зоны соустья в этих условиях происходило на фоне незначительных морфофункциональных изменений.

Заживление оригинального однорядного эвертированного анастомоза (А. с. № 330156) при кишечной непроходимости протекало сравнительно благоприятно первичным натяжением. Это обуславливало надежную герметичность соустья в критические периоды. В основе этого лежали не только невыраженные расстройства трофики тканевых структур соустья, которые были сопоставимы таковым при однорядном инвертированном шве, но и, главным образом, конструкционные особенности. Адаптационным субстратом этого соустья является подслизистая основа, которая подвергалась меньшим изменениям при непроходимости. Немаловажное значение имела эвертированная (в брюшную полость) ориентация шовного валика, благодаря чему ткани вершины шовного валика могли максимально использовать трофические способности брюшины. Эти дополнительные преимущества явились гарантом для успешного заживления соустья. Наиболее надежным оказался эвертированный анастомоз в ассоциации с гипотракционными швами (патент № 2049429). Новые технологии успешно применены в клинике в хирургии пищеварительного тракта, в том числе и при кишечной непроходимости.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. И. Возлюбленный, Н. С. Платонов, Е. А. Кокунин, В. В. Поляков
г. Омск

Лечение парезов и параличей кишечника или синдрома энтеральной недостаточности после устранения острой кишечной непроходимости является одним из сложных разделов хирургии. В послеоперационном периоде у больных с острой кишечной непроходимостью на смену механической непроходимости приходит функциональная, обусловленная синдромом энтеральной недостаточности — нарушением моторно-эвакуаторной, переваривающей и всасывательной функциями кишечника. При этом погибают те больные, у которых функциональную кишечную непроходимость или синдром энтеральной недостаточности разрешить не удается.

Проведенный анализ оказания помощи 367 больным с острой кишечной непроходимостью выявил прямую зависимость между степенью выраженности синдрома энтеральной недостаточности и тяжестью течения послеоперационного периода.

При изучении патогенеза возникновения в послеоперационном периоде синдрома энтеральной недостаточности выявлена одна из причин развития этого осложнения.

Дуоденогастральный рефлюкс, возникающий в послеоперационном периоде, создаст дефицит желчи и панкреатических ферментов в энтеральной среде. Это ис-

ключает стимулирующее влияние желчи на восстановление моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки и способствует бродильным процессам в энтеральной среде из-за недостаточности панкреатических ферментов.

В ходе проведенных исследований установлено, что развитие синдрома недостаточности функций кишечника находится в прямой зависимости от интенсивности и продолжительности дуоденогастрального рефлюкса.

С учетом полученных данных разработана патогенетически обоснованная программа зондовой коррекции синдрома энтеральной недостаточности, входящая в комплексное лечение больных с острой кишечной непроходимостью. Декомпрессивная интубация кишечника, выполняемая в ходе оперативного вмешательства при 2-й и 3-й степени синдрома энтеральной недостаточности, кишечный лаваж с коррекцией уровня желчных кислот и панкреатических ферментов в энтеральной среде в комплексном лечении больных с острой кишечной непроходимостью позволили получить обнадеживающие результаты у 190 из 201 пациента.

Включение раннего энтерально-зондового питания в комплексном лечении синдрома энтеральной недостаточности сопровождалось положительным клиническим эффектом у большинства больных (84%). Проводимое энтерально-зондовое питание осуществлялось с добавлением в питательные смеси желчных кислот и панкреатических ферментов.

Полученные результаты экспериментально-клинических исследований открыли новые перспективы в прогнозировании, профилактике и лечении синдрома энтеральной недостаточности при острой кишечной непроходимости.

КОНЦЕПЦИЯ СОХРАНЕНИЯ ИНТАКТНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ В ХИРУРГИИ НИЗКОГО РЕКТАЛЬНОГО РАКА

Г. И. Воробьев, Т. С. Одарюк, П. В. Царьков, Л. Л. Капуллер, Л. П. Орлова, А. И. Талалакин
г. Москва

Современные исследования, направленные на изучение особенностей опухолевого роста рака прямой кишки, говорят об одном — интактные анатомические структуры должны быть сохранены. В случае наличия высокодифференцированной аденокарциномы прямой кишки в стадии T2-T3N0-1, нижним полюсом располагающейся непосредственно над зубчатой линией, адекватными границами резекции можно считать: в дистальном направлении — 1,5–2 см (удаление внутреннего с сохранением наружного сфинктера), в латеральном направлении — тотальная мезоректумэктомия, в проксимальном направлении — пересечение кишки не ниже отхождения последней сигмовидной артерии.

Проведя морфологическое изучение 71 препарата после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, мы пришли к заключению об адекватности подобного подхода к лечению низкого ректального рака (0–1,5 см над зубчатой линией) высокой и умеренной степени дифференцировки, поскольку в этой группе (n=63/71) ни в одном наблюдении нами не было зарегистрировано дистального внутристеночного роста опухоли и инвазии в структуры леватора, наружного сфинктера и ишиоректальной клетчатки в отличие от низкодифференцированных образований; поражение внутреннего сфинктера отмечено лишь в 14,1% (n=10/71), причем, в связи с прогрессивным уменьшением глубины опухолевой инвазии в направлении от центра к периферии новообразования, во всех случаях изменения затрагивали лишь его дистальную треть.

С 1993 года резекция прямой кишки с удалением внутреннего сфинктера и сохранением наружного интерсфинктерным доступом выполнена у 29 пациентов (13 мужчин и 16 женщин), средний возраст которых составил 53,2 года (33–76 лет). Во всех случаях был восстановлен естественный ход кишечника без формирования колостомы. Интра- и послеоперационной летальности не отмечено. В послеоперационном периоде гнойных осложнений в полости таза не было.

Больные прослежены в сроки от 4 месяцев до 5 лет. Местных рецидивов опухоли не выявлено. У одного пациента спустя 13 месяцев после операции при контрольном обследовании выявлен метастаз в правое легкое, который был удален.

Таким образом, интерсфинктерный подход в лечении наданального рака прямой кишки позволяет удалить пораженный орган в пределах адекватных границ резекции, не приводя к возрастанию уровня местных рецидивов, обеспечивая сохранение интактных анатомических структур и первичную реабилитацию пациентов.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Г. И. Воробьев, Ю. А. Шельгин, С. А. Фролов, В. В. Сорокин
г. Москва

Цель. Целью данного исследования является улучшение непосредственных результатов лечения больных с осложненными и распространенными формами коло-

ректального рака с использованием лапароскопической колостомии как первого этапа лечения.

Материалы и методы. В исследование включены 85 пациентов с распространенными формами рака толстой кишки. У 38 из них формирование колостомы выполнено лапароскопическим методом, а у 47 — традиционным открытым способом. Следует отметить, что в 14 наблюдениях больные оперированы в экстренном порядке на высоте толстокишечной непроходимости. После разрешения явлений кишечной непроходимости и коррекции метаболических нарушений всем этим пациентам выполнена радикальная операция.

Результаты. Используя лапароскопические технологии, мы не отметили увеличения длительности оперативного вмешательства. Осложнения в послеоперационном периоде в обеих группах отмечено не было. У всех пациентов, перенесших лапароскопические вмешательства, отмечалось более легкое течение послеоперационного периода.

Заключение. Использование лапароскопической технологии при формировании колостомы как первого этапа лечения осложненного рака толстой кишки позволяет вывести любой отдел ободочной кишки на брюшную стенку, выполнить адекватную ревизию и значительно облегчить течение послеоперационного периода. После проведения коррекции явлений кишечной непроходимости и метаболических нарушений возрастает вероятность выполнения радикальных операций у данного контингента пациентов.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. И. Грелсов, В. В. Перфильев, Н. П. Карташева, И. Л. Пак, Н. Н. Дьяченко
г. Ессентуки

За период 1993—1998 гг. нами пролечены 262 пациента с острой непроходимостью тонкой кишки (ОНТК). У 168 (64,1%) пациентов причиной непроходимости были спайки, у 13 (4,4%) пациентов — заворот тонкой кишки, у 2 (0,7%) пациентов — узлообразование, у 72 (28,3%) пациентов — ущемление участка кишки в грыжах передней брюшной стенки, у 3 (1,1%) пациентов — ущемление во внутренних грыжах, у 4 (1,4%) пациентов — инородное тело. В первые 6 часов от начала заболевания госпитализированы 62 (23,7%) пациента, в сроки от 7 до 24 часов поступил 141 (53,7%) пациент, позднее 24 часов поступили 59 (22,6%) пациентов. Наряду с традиционным рентгенологическим исследованием использовалось и ультразвуковое исследование (УИ). К признакам кишечной непроходимости при анализе 206 случаев УИ следует отнести: 1. Растянутые жидкостью петли кишок (95,6%); 2. Отек слизистой оболочки кишки в виде симптома «рыбьего скелета» (33%); 3. В зависимости от стадии непроходимости — маятникообразное движение жидкости в кишках на фоне напряженной перистальтики, в конечных стадиях — движение жидкости в такт дыхательным движениям; 4. Свободная жидкость в брюшной полости (64,5%); 5. В единичных случаях (19%) визуализируется причина непроходимости (камень, инвагинат, опухоль). Всем больным проводилась консервативная терапия продолжительностью от 2 до 6 часов в зависимости от сроков с момента поступления и степени нарушения гомеостаза, целью которой было восстановление ОЦК, коррекция водно-электролитных, белковых нарушений. У 93 (35,5%) пациентов со спаечной кишечной непроходимостью после проведенной консервативной терапии непроходимость разрешилась. 169 пациентов оперированы: у 27 (16%) пациентов выполнена резекция участка тонкой кишки с анастомозом «бок в бок». У 96 пациентов выполнена интубация тонкого кишечника назогастроинтестинальным двухпросветным дренажем. Показаниями к интубации тонкой кишки считали признаки энтеральной недостаточности приводящего отдела тонкой кишки: содержание в кишечнике большого количества жидкости и газа, утолщение стенок с нарушением внутривисцеральной микроциркуляции с образованием участков кровоизлияний, замедление или отсутствие перистальтики, развитие перитонита. Удаление зонда проводили на 6—7-е сутки.

Показаниями для удаления зонда считали: восстановление перистальтики, уменьшение интоксикации, самостоятельный стул. Послеоперационная летальность составила 7,4% (13).

ЗВУКОВАЯ СТИМУЛЯЦИЯ МОТОРИКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРЕЗАХ

И. Х. Гаттаров, С. Н. Хунафин, М. С. Кунифин, В. Р. Булгаков, Г. А. Мурзин,
А. А. Нурмухаметов, Д. З. Аминев
г. Уфа

Вопросы коррекции нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта остаются актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Как известно, послеоперационные парезы и параличи являются характерными проявлениями острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, от своевременности раз-

решения которых нередко зависят исходы заболевания. Факт существования многих методов лечения этой патологии, включая различные способы стимуляции моторики кишечника, подчеркивает трудности, с которыми сталкиваются хирурги. Одной из причин плохих результатов является трудность выбора адекватных лечебных мероприятий. Не решен вопрос о патогенезе, сроках формирования пареза желудочно-кишечного тракта, диагностики его в раннем послеоперационном периоде и эффективном лечении этих больных с учетом тяжести моторно-эвакуаторных нарушений.

Нами проведено клиническое исследование 163 оперированных больных с острой кишечной непроходимостью кишечника неопухолевого генеза, среди которых в 105 (64,5%) случаях установлен перитонит с различной степенью тяжести нарушения моторной функции кишечника. Всем больным на фоне инфузионной терапии проводилась стимуляция моторики кишечника, которая заключалась во внутривенном вливании гипертонического раствора, инъекции прозерина, отсасывании желудочного содержимого и применении гипертонических клизм. 45 больным на фоне использования медикаментозных средств для нормализации гомеостаза и как дополнение к общепринятому лечению нами использована звуковая стимуляция кишечника с применением аппарата «Аропак-536».

При применении звуковой стимуляции кишечника, в сравнении с общепринятым лечением, наблюдалось более раннее восстановление моторной функции желудочно-кишечного тракта, самостоятельное отхождение газов, улучшение перистальтики кишечника — четко выслушиваемые, устойчивые перистальтические шумы выслушивались в более ранние сроки (соответственно $25 \pm 6,2$ часа, $48 \pm 8,4$ часа). При исследовании моторики кишечника было установлено, что средний биопотенциал энтерограмм при звуковой стимуляции был выше, чем при общепринятом лечении (соответственно через 24 часа $0,31 \pm 0,03$ — $0,29 \pm 0,06$; через 48 часов $0,47 \pm 0,08$ — $0,38 \pm 0,03$; через 72 часа $0,72 \pm 0,05$ — $0,55 \pm 0,04$).

Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что проведение комплексного лечения с применением звуковой стимуляции кишечника способствует более раннему восстановлению моторной функции желудочно-кишечного тракта и улучшению результатов лечения больных с указанной патологией.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

И. Г. Гатауллин, И. Р. Агзуллин
г. Казань

В абдоминальном отделении клинического онкологического центра МЗ РТ наблюдали 194 пациента с обтурационной кишечной непроходимостью. Из 194 больных опухоли локализовались в слепой кишке у 38 (19,5%), в восходящей — у 21 (10,8%), в поперечно-ободочной — у 5 (2,5%), в нисходящей — у 7 (3,6%), в сигмовидной — у 30 (15,5%) и в прямой кишке у 93 (48,1%). Развитие обтурационной непроходимости при раке левой половины толстой кишки наблюдали чаще (в 67,2% случаев), чем при раке правой.

Безуспешность консервативного лечения в течение 4–6 часов, выраженная картина непроходимости, наличие перитонита и другие осложнения явились показанием к экстренному оперативному вмешательству. В хирургическом лечении рака толстой кишки, осложненного обтурационной непроходимостью, мы придерживаемся главного принципа — не только ликвидировать непроходимость и спасти жизнь больного, но и по возможности произвести радикальное удаление опухоли при первом же вмешательстве.

По нашим данным, в хирургии рака толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью, прослеживается тенденция к преобладанию первично-радикальных операций (55,2%) над паллиативными (44,8%), причем чем дистальнее расположена опухоль, тем значительнее возрастает число радикальных операций. Это связано с тем, что при левосторонних локализациях опухоли кишечная непроходимость является одним из ранних признаков заболевания, в то время как при локализации опухоли в правой половине обтурация кишки является одним из поздних симптомов заболевания и нередко сочетается со значительным местным распространением и генерализацией злокачественного процесса.

Непосредственные результаты разгрузочных и паллиативных операций были несколько хуже первичных радикальных (летальность соответственно 13,2% и 5,4%), что, вероятно, связано с исходным тяжелым состоянием больных, выраженной интоксикацией и наличием неоперабельной опухоли.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. А. Головизнин, Н. А. Никитин, Т. П. Коршунова, И. Н. Пересторонин, А. И. Злобин,
С. П. Ашихмин, Е. Н. Касаткин
г. Киров

За период с 1997 по 1999 гг. нами пролечены 593 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) в возрасте от 15 до 92 лет. В эту статистику не вошли боль-

ные с ущемленными грыжами и острыми мезентериальными тромбозами. Мужчин было 192 (32,3%), женщин — 401 (67,7%). Лица пожилого и старческого возраста составили 75,1%. Консервативное лечение проведено 305 (51,4%) больным, хирургическое — 288 (49,6%).

В группе оперированных больных обтурационный характер ОКН был у 113 (39,2%), из них у 111 — на почве опухолей ободочной кишки, у 1 — желчно-каменной этиологии, у 1 — безоарной природы; странгуляционный — у 28 (9,7%), смешанный — у 147 (51,1%), в том числе у 146 — спаечного генеза, у 1 — на почве инвагинации. Объем операции определялся характером, причиной, уровнем непроходимости, состоянием приводящего отдела кишечной трубки, наличием или отсутствием перитонита, у онкобольных — дополнительно операбельностью опухоли и наличием отдаленных метастазов.

Рассечение спаек с различным по объему дренированием брюшной полости, обязательным назогастральным зондированием, а при картине перитонита и расширении тонкой кишки более 5 см — назоинтестинальной интубацией выполнено 146 больным. Летальность в этой группе составила 6,8% (10 больных).

28 больным со странгуляционной и смешанной формами ОКН потребовалась резекция тонкой кишки. Восстановление непрерывности кишки во всех случаях осуществляли анастомозом «конец в конец». Операцию заканчивали обязательной декомпрессией желудка или тонкой кишки. Случаев несостоятельности анастомоза не отмечено. Летальные исходы наступили у 5 (17,8%) больных.

У всех больных с опухолевой непроходимостью толстой кишки (111 человек) были 3-я и 4-я стадии опухолевого процесса. Доминировало поражение левой половины кишки, оно отмечено у 71 (63,9%) больного. Радикальные операции выполнены 54 (48,6%) больным, паллиативные — 57 (51,4%), из них у 40 (70,3%), несмотря на паллиативный характер вмешательства, с санитарной целью производилось удаление первичного очага. При операбельных опухолях правой половины предпочтение отдаем первично-радикальным восстановительным операциям, левой — первично-радикальным обструктивным резекциям. Летальность после радикальных вмешательств составила 35,2% (19 случаев), после паллиативных — 57,9% (33 случая).

В целом послеоперационная летальность составила 23,3% (67 наблюдений), а общая летальность с учетом 4 (1,3%) летальных исходов в группе неоперированных больных — 12%.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В. А. Гольбрайх, М. Ю. Герусов, В. Т. Пекарский, Ю. В. Кузнецко
г. Волгоград

Проведен анализ результатов лечения 101 больного с острой кишечной непроходимостью (ОКН), оперированных в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВМА. Из них у 56 пациентов была спаечная непроходимость и у 45 — ОКН опухолевой этиологии. Большинство пациентов госпитализированы позже 48 часов от начала заболевания. Для уточнения диагноза были использованы УЗИ, обзорная Р-графия брюшной полости, лапароскопия.

Причиной острой обтурационной непроходимости чаще всего являлась опухоль левой половины толстой кишки. Радикальная операция в этой группе выполнена только у 27 человек, у остальных больных в связи с распространенностью процесса произведена разгрузочная колостомия.

У всех больных со спаечной ОКН произведено рассечение спаек, ликвидация кишечной непроходимости.

В ближайшем послеоперационном периоде использовали интубацию кишечника двухпросветным зондом, ГБО, плазмолитическое.

При ОКН отмечается блокада лимфогемомикроциркуляции стенки кишки. В связи с этим в комплекс послеоперационного лечения у 41 больного использовано эндолимфатическое введение прозерина и церукала. ЭЛТ проводили через катетер, установленный в паховом лимфоузле. У 36 пациентов получен выраженный клинический эффект, который мы связываем с диффузией прозерина, как низкомолекулярного кристаллоидного препарата, в окружающие ткани; сравнительно большими дозами препарата без развития побочных реакций и осложнений; пролонгированным, равномерным поступлением препарата в кровь.

В результате комплексного подхода к лечению больных с ОКН послеоперационная летальность за последние годы снизилась с 15 до 10,9%, сократились сроки пребывания в стационаре, процент осложнений снизился в 1,5 раза.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУЖНЫХ ТОНКОКИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ НА ФОНЕ ПЕРИТОНИТА

И. В. Горфинкель, Д. Г. Рехен
г. Саратов

В клинике госпитальной хирургии лечебного факультета СГМУ с 1965 по 1999 гг. находились на лечении 297 больных с послеоперационными кишечными свищами в

возрасте от 12 до 84 лет. Из них у 118 (39,7%) были несформированные тонкокишечные свищи.

При обследовании больных с несформированными свищами большое значение придавали проходимости дистального отдела кишечника. Основным показанием к срочному закрытию либо отключению свища мы считаем непроходимость отводящей кишки на фоне больших потерь кишечного содержимого, т. к. при этом быстро прогрессирует истощение больных, невозможен обтурация свища и зондовое энтеральное питание, отсутствуют перспективы самостоятельного закрытия свища. В этих ситуациях выполняли закрытие либо отключение свища. Больным с проходимостью дистального отдела кишечника проводили мероприятия, направленные на формирование свища, разделяя лечение на III этапа: I — стабилизация размеров свища, II — стимуляция грануляций и обтурация, III — оперативное лечение. Для стабилизации размеров свища использовали накожные металлические держатели, разработанные в клинике. Защиту кожи начинали до появления первых признаков мацерации комбинированным методом: активная аспирация кишечного содержимого в сочетании с трехслойной повязкой с цинковой пастой, которая укреплялась на коже при помощи клея. Одновременно проводили зондовое энтеральное питание по оригинальной методике. На втором этапе подбор обтуратора осуществляли индивидуально с учетом морфологического типа свища. Закрытие свища предпочитали производить из внебрюшинного доступа. Применение данной тактики позволило снизить летальность при несформированных послеоперационных наружных кишечных свищах до 18,7%.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. К. Гостищев, А. Н. Афанасьев, В. И. Мисник, В. А. Глушко, А. Г. Лебедской
г. Москва

За последние 10 лет в клинике общей хирургии ММА им. И. М. Сеченова наблюдалось 386 больных со спаечной кишечной непроходимостью, 152 (39,4%) больным выполнено оперативное вмешательство.

Увеличение числа больных с этим видом кишечной непроходимости в последние годы связываем с возрастанием количества полостных операций в целом, а также увеличением частоты повторных операций, произведенных по поводу травматического повреждения органов брюшной полости. У 29 (7,5%) больных были послеоперационные грыжи, осложнившиеся развитием острой спаечной кишечной непроходимости, 60 (17,6%) больных оперированы более двух раз.

Диагноз устанавливался на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, подтверждался при рентгенологическом (обзорная рентгенография, энтерография) и ультразвуковом исследовании, 12 (3,1%) больным была произведена диагностическая лапароскопия. В диагностике ранней спаечной послеоперационной непроходимости (2–5-е сутки после операции) особое значение придавали динамическому рентгенологическому исследованию с использованием контрастных веществ.

Разработанный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий позволяет определить тактику ведения таких больных на разных этапах лечения. Хирургическое лечение спаечной кишечной непроходимости в сроки не более 2–3 часов после поступления показано при наличии клиники перитонита и проведения необходимых консервативных мероприятий. Задачей оперативного лечения являлась не только ликвидация непроходимости, но и профилактика интраоперационного и послеоперационного спайкообразования. Особенностью хирургического вмешательства при спаечной кишечной непроходимости является тщательное разделение вплоть до полного интестинализа с перитонизацией десерозированных участков, обязательным введением в брыжейку раствора новокаина, фибринолитиков и кортикостероидов, применение зондовой декомпрессии кишечника, при перитоните — санация брюшной полости, в том числе этапные санации с использованием лапаростомы, выполненной по показаниям.

Послеоперационная реабилитация включает комплекс мероприятий, направленных на раннее восстановление перистальтики кишечника, и, таким образом, профилактику спайкообразования. Обязательны коррекция водно-электролитных нарушений, активное ведение больных, применение различных методов стимуляции кишечника, в последующем — повторные курсы физиотерапии. Послеоперационная летальность составила 7,1%.

МЕСТНЫЕ И ОБЩИЕ ЗАЩИТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

А. Б. Граменицкий, Э. В. Малафеева, В. А. Борисов, Р. Х. Павлычев
г. Ярославль

Проведено исследование эффекторных механизмов иммунного статуса у 40 больных с кишечной непроходимостью, осложненной разлитым перитонитом. Группу сравнения составили 180 практически здоровых лиц.

Бактериологическое исследование экссудата брюшной полости показало, что в 83,3% высевались условно патогенные микроорганизмы, в том числе у 30% больных *E.coli* и *Stafylococcus*, у 33,3% — стафилококки выделены в ассоциации с *P.aeruginosa*, у 25% — стафилококки в монокультуре. Поскольку пусковым звеном развития перитонита являются условно патогенные возбудители, то нарушения защитных свойств организма можно рассматривать как предшествующий, а возможно, и пусковой механизм развития инфекционного процесса.

Изучение иммунного статуса выявило уменьшение абсолютного и относительного числа Т-клеток в периферической крови до $0,738 \pm 1,37 \times 10^9$ кл/л и $41,08 \pm 7,6\%$ ($p < 0,05$). Уровень В, D и 0-клеток не представлял существенного различия по сравнению с контрольной группой. Значительно снижалось содержание IgG — до $11,4 \pm 1,06$ гр/л ($p < 0,05$) и увеличивалось содержание IgA до $3,89 \pm 0,39$ гр/л ($p < 0,05$). В экссудате брюшной полости отмечено достоверное снижение Т-клеток до $32,58 \pm 14,2\%$ и увеличение 0-клеток до $46,6 \pm 10,0\%$ ($p < 0,01$) по сравнению с экссудатом из брюшной полости, взятым в контрольной группе при плановых грыжесечениях. Выявленная динамика свидетельствует об ослаблении местных защитных реакций, поскольку известно, что именно Т-клетки экстравазальных жидкостей способствуют усилению иммунного ответа. По-видимому, этот механизм и является одним из существенных звеньев в распространении и развитии гнойного процесса брюшной полости. Изменения в иммунном статусе свидетельствуют о целесообразности проведения на первом этапе прежде всего иммунозаместительной терапии. Далее целесообразно включение в комплекс иммуностимулирующих препаратов. Третьим этапом, по сути реабилитационного периода, должна быть иммунокорригирующая терапия. Последовательность в иммунотерапии позволяет существенно улучшить функциональные результаты лечения этой категории больных.

ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М. К. Гулов, К. М. Курбанов
г. Душанбе

Декомпрессия желудочно-кишечного тракта является важным лечебно-профилактическим мероприятием при оперативных вмешательствах по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Тем не менее этот метод имеет ряд недостатков, среди которых главным является инфицирование пищевода и трахеобронхиального дерева, а также невозможность его применения у больных с сопутствующими заболеваниями сердца и легких.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику способ интубации пищеварительного тракта, при которой осуществляется одновременная декомпрессия желудка и всей тонкой кишки.

Суть предложенного нами способа интубации желудочно-кишечного тракта заключается в проведении зонда через носовой ход и пищевод в желудок с последующим проведением зонда через всю тонкую кишку и выведением дистального (абсорбального) конца зонда наружу через цео- или аппендикостому. При этом проксимальный конец зонда оставляют в просвете желудка для его декомпрессии. По разработанной методике декомпрессию желудочно-кишечного тракта успешно осуществляли у 31 больного со спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Таким образом, разработанная методика интубации кишечника позволяет произвести полную декомпрессию желудка и тонкой кишки; кроме этого, зонд легко проводится через баугиниеву заслонку и меньше ее травмирует, при этом не инфицируется брюшная полость, сохраняется чистота рук хирурга и операционного поля, а также отсутствует вероятность попадания кишечного содержимого в пищевод и трахею, что дает основание применять данную методику у больных старше 50–60 лет с сопутствующими заболеваниями легких и сердца.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А. М. Данилов, А. П. Михайлов, А. Н. Напалков, А. Ю. Рывкин, В. Ю. Смирнов,
В. В. Стрижелецкий
г. Санкт-Петербург

Основные причины неблагоприятных исходов лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) обусловлены организационными, диагностическими и тактическими ошибками. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения у 361 больного (мужчин — 188, женщин — 173) в возрасте от 15 до 95 лет с различными формами ОКН показал, что в результате позднего обращения за медицинской помощью и диагностических ошибок на догоспитальном этапе 139 больных (38,5%) были госпитализированы позже суток от начала заболевания, как правило, во II–III стадиях патологического процесса. Неправильная оценка клинических данных, недо-

статочное обследование при поступлении, необоснованно длительные попытки устранить ОКН консервативными мероприятиями, особенно при обтурации толстой кишки опухолями, привели к задержке оперативного вмешательства у 113 больных (31,3%). Из 361 больного с ОКН, подвергнутого оперативному вмешательству, в послеоперационном периоде скончались 46, что составило 12,7%. Причинами летальных исходов у 19 больных явился перитонит вследствие несостоятельности швов соустья, некроза кишки после неправильной оценки ее жизнеспособности, неадекватной санации брюшной полости при первичной операции по поводу ОКН, осложненной перитонитом, перфорации острых язв желудка и кишечника, образования кишечных свищей; у 9 больных — острая сердечно-сосудистая недостаточность; у 7 — легочные осложнения; у 4 — инфаркт миокарда; у 2 — острое нарушение мозгового кровообращения; генерализация процесса и раковая интоксикация — у 5 больных.

Успех оперативного вмешательства в значительной степени зависит от хорошей предоперационной подготовки, правильной оценки жизнеспособности кишки, адекватной декомпрессии желудочно-кишечного тракта, полноценной санации и рационального дренирования брюшной полости и интенсивного лечения в послеоперационном периоде, направленного на коррекцию водно-электролитных и белковых нарушений, профилактику гнойных осложнений, расстройств гемодинамики и легочных поражений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

С. В. Доброквашин, Ю. В. Бондарев, А. Ю. Анисимов, А. Г. Подшивалов
г. Казань

В настоящее время взгляды хирургов на объем оперативного вмешательства при обтурационной кишечной непроходимости расходятся.

За 1994—1998 годы в отделении неотложной хирургии БСМП г. Казани находились на лечении 57 больных с обтурационной кишечной непроходимостью, из которых 41 (71,9%) был оперирован, у остальных 16 (28,1%) явления непроходимости удалось разрешить консервативно, и больные были переведены в онкологический диспансер. Объем вмешательства определяли в зависимости от общего состояния больного, стадии заболевания, наличия перитонита, сопутствующих заболеваний и возраста. Паллиативные вмешательства (цекостомия, сигмостомия, ободочной анастомоз) выполнены 25 (61%) больным. Операция Гартмана сделана 16 (39%). Летальность составила 53,7% (22 человека). Показаниями для паллиативного вмешательства служили запущенная форма рака, перитонит, старческий возраст, общее тяжелое состояние больного. Доступ — срединная лапаротомия с коррекцией двумя или четырьмя аппаратами Сигала-Кабанова. Заканчивали вмешательство дренированием брюшной полости, трансаnazальной интубацией тонкой кишки по Миллеру-Эбботу. От наложения первичных анастомозов после резекции кишки мы полностью отказались ввиду большой опасности их несостоятельности.

На основании нашего опыта лечения больных с обтурационной кишечной непроходимостью в условиях неотложной хирургии считаем: оперативное вмешательство должно быть минимальным, в строго определенных рамках.

О ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. П. Дуданов, А. М. Меженев, Г. А. Шаршавицкий, Ю. В. Андреев
г. Петрозаводск

Проблема профилактики рецидива спаечной кишечной непроходимости (СКН) довольно актуальна. По нашему мнению, эти исследования необходимо вести по трем направлениям: профилактика интраперитонеальных спаек, рецидива СКН и прогрессирования спаечной болезни.

Наш опыт экспериментальных и клинических исследований профилактики послеоперационных спаек с применением трипсина, тромболитина (трипсингепаринового комплекса) оказался малоубедительным, хотя результат применения этих препаратов для рассасывания фибринозных сращений в аппендикулярном инфильтрате был положительным. Мы считаем, что введение подобных препаратов в брюшную полость, да еще и в первые дни после лапаротомии вряд ли сможет привести к лизису выпавший фибрин. Более предпочтительным является использование препаратов фибринолитического действия с 5—7 суток после лапаротомии, когда идет естественный процесс их рассасывания. Но нужны длительные клинические исследования.

В связи с тем, что рассчитывать на медикаментозную терапию мы не можем, необходимы оперативные методы профилактики рецидива СКН после ее устранения. Клиника имеет 30-летний положительный опыт применения интубации тонкой кишки (назоэнтеральная, через цекостому) на всем ее протяжении двухпросветной силиконовой трубкой. Цели интубации: первое — борьба с паралитической кишечной непроходимостью; второе — устранение энтеральной интоксикации; третье — профи-

лактика развития СКН как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде тем, что тугоэластическая трубка при нахождении в просвете тонкой кишки не позволяет перегибаться ее просвету и создает условия для направленного спайкообразования. Наш опыт позволяет считать, что этот метод показан больным со следующими видами патологии: разлитым гнойным перитонитом 2—3-й стадии, кишечной непроходимостью (когда просвет тонкой кишки перерастяннут за счет скопления жидкости и газа до 4 см и больше), СКН после рассечения обширных сращений (особенно при повторной операции), ранней СКН.

Заслуживает внимания довольно большая группа больных, госпитализированных с клиникой СКН, которая обходится без оперативного вмешательства. Каждая атака непроходимости сопровождается травмированием тонкой кишки и возможным образованием фибриновых спаек, а значит, прогрессированием спаечного процесса. Больным, у которых после ликвидации непроходимости выявляются болезненные участки живота, считаем необходимым назначение профилактического курса электрофореза трипсином, рентгенотерапии для улучшения рассасывания свежесформировавшихся фибриновых спаек.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. П. Дуданов, А. М. Меженнин, Г. А. Шаршавицкий, Ю. В. Андреев, А. А. Богданец, О. Д. Морозов (г. Петрозаводск)

Проведено лечение 1090 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН) в больнице скорой медицинской помощи (БСМП) за период с 1969 до 1999 гг. У большей части из них — 655 больных (60%) — получен положительный эффект от проведенной консервативной терапии; оперированы по неотложным показаниям — 435. Летальность в последние годы составила 7—9%. Особенностью СКН спаечного характера в отличие от других ее видов является то, что интраперитонеальные спайки, образовавшиеся после лапаротомии и длительное время никак себя не проявляющие, внезапно могут послужить причиной нарушения кишечного пассажа по типу обтурации за счет перегиба просвета петли тонкой кишки на месте фиксированной ее части плоскостной спайкой (единичной, множественными сращениями). Под влиянием консервативной терапии, а то и самостоятельно у большей части больных восстанавливается проходимость без оперативного вмешательства. В то же время тяжистые спайки за счет заворота вокруг них петли тонкой кишки или ущемления в кармане спаечного конгломерата могут приводить к странгуляционному виду СКН, при котором требуется экстренное оперативное вмешательство. Все это затрудняет диагностику и особенно тактику: как точнее сформулировать диагноз у поступившего больного, вести его консервативно или оперировать, а если оперировать, то как экстренно ставить показания к лапаротомии? По нашему мнению, следует всем больным выставлять диагноз СКН, который обязывает хирурга к неотлагательным дифференцированным действиям (как при диагнозах острого холецистита и панкреатита). Помогают в этом условное деление их на три основные группы.

1. Первая, наиболее значительная (90%) — СКН с нечеткой, сомнительной симптоматикой: умеренные боли в животе, не всегда схваткообразного характера, рефлекторная рвота, незначительно вздутый живот без перитонеальных симптомов. При поступлении им делается рентгеновский снимок живота, дается барий с динамическим наблюдением за его продвижением по кишечнику в течение 6—10 часов, проводится консервативная терапия. Отсутствие улучшения и пассажа бария в толстую кишку за этот период служат показанием к неотложной лапаротомии. При положительном эффекте выставляется окончательный диагноз «спаечная болезнь с болевым синдромом».

2. Наиболее трудная и ответственная для диагностики вторая группа СКН с подозрением на странгуляцию. Она бывает в 3-4 раза реже, чем обтурационная кишечная непроходимость. Для нее характерны сильная боль и асимметрия живота. Важную роль в распознавании играет постоянная настороженность, опыт и интуиция врача. Необходима экстренная операция.

3. Несложная для распознавания, но значительно реже встречается третья группа — пациенты с СКН и с перитонеальными симптомами. Им показана операция после кратковременной 2—3-часовой подготовки.

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Р. М. Еетихов, Н. Н. Грошев, В. А. Никитин, С. В. Базанов (г. Иваново)

Неблагоприятные исходы оперативного лечения острой кишечной непроходимости (ОКН) прежде всего связаны с тяжестью состояния пациентов на поздних стадиях заболевания, что обусловлено несвоевременным обращением больных, а также диагностическими и тактическими ошибками.

Мы проанализировали результаты комплексного обследования с применением УЗИ 310 больных при подозрении на ОКН. Как показал наш опыт, ультразвуковая диагностика особенно информативна при атипичных, спаечных, высоких и ранних послеоперационных формах ОКН. С помощью УЗИ можно определить признаки так называемой «изолированной» кишечной петли, характерной для начальных проявлений ОКН. При этом выявляется расширенная петля тонкой кишки с повышенным содержанием жидкости в просвете (еще без наличия газа), ее усиленная маятникообразная перистальтика и появление вокруг узкой полоски жидкости. Количество жидкости при механической непроходимости быстро увеличивается. Затем кишечник визуализируется в виде полостных структур колбасовидной формы с расширенным просветом, утолщенными стенками и маятникообразными движениями его содержимого. При спаечной непроходимости можно обнаружить конгломерат петель кишечника, в которых находится жидкое содержимое и газ. При развитии деструкции стенки кишки ее контур становится прерывистым, а толщина уменьшается.

С помощью УЗИ своевременно диагноз при высокой ОКН (начальные отделы тонкой кишки) установлен у 18 (5,8%) человек. Следует подчеркнуть, что обзорное рентгенологическое исследование на ранних стадиях в этих случаях было неинформативно. При спаечной кишечной непроходимости диагностика с применением УЗИ была эффективной у 96 (30,97%) пациентов. При различных формах спаечной непроходимости УЗИ помогает установить не только факт непроходимости, но и способствует контролю результатов консервативного лечения. У 48 (15,48%) человек на основании ультразвуковых данных своевременно выполнено оперативное вмешательство по поводу опухолевой толстокишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика динамической кишечной непроходимости с использованием УЗИ была эффективной у 74 (23,87%) человек.

Диагноз ОКН после комплексного обследования с применением УЗИ был исключен в 74 (23,87%) случаях.

Следовательно, ультразвуковое исследование является высокоинформативным методом своевременной диагностики различных форм ОКН.

О НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

А. С. Ермолов, Г. В. Пахомова, Н. С. Утешев, А. Г. Лебедев, И. Е. Селина
г. Москва

Острая кишечная непроходимость является одной из сложных проблем неотложной хирургии, сопровождается опасностью серьезных осложнений и высоким уровнем послеоперационной летальности.

Тактика ведения, течение и исходы лечения определяются видом непроходимости кишечника, сроками с момента возникновения обструкции, уровнем механического препятствия, интенсивностью потерь, выраженностью нарушения брыжеечного кровоснабжения, интоксикацией, сопутствующей патологией.

На протяжении многих лет исследования были направлены на решение вопросов диагностики, лечения этой сложной патологии, использования патофизиологических разработок в комплексной терапии, методов закрытой декомпрессии желудочно-кишечного тракта зондами различной модификации, энтеральной коррекции и инфузии специальных электролитных растворов, зондового питания.

При определении степени тяжести больных, поступающих с кишечной непроходимостью, важным является балльная оценка показателей гомеостаза, функциональных и морфологических изменений кишечного тракта, уровня интоксикации, характера и выраженности осложнений.

Рентгенологический метод исследования остается одним из ведущих в диагностике непроходимости кишечника. Считаём перспективным использование контрастного исследования высококонтрастными водорастворимыми растворами (гастрографин, ультивист, омнипак), преимуществами которых являются ускоренный пассаж по тонкой кишке (1,5–2 часа), безопасность их применения и обладание терапевтическим эффектом при функциональной непроходимости кишечника. Информативным является метод радиоизотопного пассажа по желудочно-кишечному тракту, дающий возможность оценки проходимости тонкой кишки за 2–4 часа.

Ультразвуковое исследование является важным в постановке диагноза непроходимости кишечника, дифференциальной диагностики между разными ее формами, дает возможность доплерографических исследований с оценкой брыжеечного кровотока и гемодинамики в кишечной стенке.

Из 890 больных, поступивших с тонкокишечной непроходимостью, оперативные вмешательства произведены 273 больным (30,6%), из них у 124 больных (45,4%) была странгуляционная непроходимость кишечника. При спаечной кишечной непроходимости использование консервативного комплексного лечения было успешным у 617 больных (69,3%), у 220 из них производилась назоэнтеральная интубация силиконовыми зондами под эндоскопическим контролем. С ранней послеоперационной спаечной и функциональной кишечной непроходимостью было 173 больных (после различных операций на брюшной полости). Из них успешное консервативное лечение проведено 124 (71,6%) больным, оперативные вмешательства произведены 49 (28,3%) больным.

С острой обтурационной толстокишечной непроходимостью было 573 больных, которым произведены хирургические вмешательства. Из них 440 (77%) оперированы радикально, а у 161-го оперативные вмешательства были первично-радикальными, при этом субтотальная колонэктомия была у 68. Паллиативно оперированы 133 (23%) больных.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Е. А. Ерохина, Э. Г. Топузов, Г. А. Шишкина
г. Санкт-Петербург

Наиболее частым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость, возникающая у 15–20% пациентов. Несмотря на большое количество публикаций, существуют разногласия по вопросам тактики лечения больных с этой патологией.

Нами исследованы результаты лечения 163 больных колоректальным раком, осложненным острой кишечной непроходимостью. Из них 75 пациентов оперировали экстренно, а 88 — позже 24 часов от начала развития острой кишечной непроходимости, так как им проводились активные консервативные мероприятия с целью декомпрессии кишки (сифонные клизмы, перидуральные блокады, медикаментозная терапия).

Из 75 больных, оперированных экстренно, без проведения консервативных мероприятий с целью декомпрессии кишки, до операции перитонита не было. После операции перитонит развился у 2 пациентов. Умерли 4 пациента, причем причинами их смерти явились декомпенсированные сопутствующие заболевания. Таким образом, летальность в этой группе составила 7,6%.

Среди 88 больных, которых оперировали позже 24 часов от момента развития острой кишечной непроходимости, перитонит до операции развился у 26 (29,5%) пациентов. У 8 больных причиной этого осложнения были ошибки в диагностике, а у 18 пациентов перитонит развился за время проведения активных консервативных мероприятий с целью декомпрессии толстой кишки. Эффективными активные консервативные меры декомпрессии оказались только у 14 (15,9%) больных.

Из приведенных данных видно, что лучшие результаты наблюдались в группе больных, оперированных экстренно. Потеря времени при ошибочной диагностике, попытки консервативного разрешения кишечной непроходимости, которые дают временное улучшение, затягивают сроки экстренной операции и могут усугубить положение и привести к развитию перитонита.

К ВОПРОСУ О РАСШИРЕННЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В. В. Ершов, А. Д. Рыбинский
г. Нижний Новгород

У больных раком ободочной кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, нередко отмечается прорастание опухоли в соседние органы и обширное лимфогенное метастазирование, что до недавнего времени считалось противопоказанием для радикальной операции.

Цель работы — оценка возможности выполнения расширенных и комбинированных операций при острой кишечной непроходимости, обусловленной раком ободочной кишки.

С 1991 года по ноябрь 1999 года оперированы 124 пациента, больных раком ободочной кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, из них у 27 в возрасте от 42 до 84 лет выполнены расширенные и комбинированные операции.

Показаниями к подобным операциям служили:

- синхронные опухоли толстой кишки (3);
- дополнительное вовлечение в опухолевый процесс петель толстого или тонкого кишечника (8);
- опухоль толстой кишки с обширным лимфогенным метастазированием в корень брыжейки тонкой кишки, вызывающим нарушение мезентериального кровообращения или непроходимость тонкой кишки (2);
- прорастание опухоли толстой кишки в соседние органы (9);
- сочетание опухоли толстой кишки с неспецифическим язвенным колитом (1);
- обширное лимфогенное метастазирование в парааортальные лимфоузлы с явлениями распада (при возможности лимфодиссекции) (2);
- диастатическая перфорация правой половины толстой кишки при опухоли слева (2).

Объем оперативного вмешательства заключался в радикальном удалении опухоли, лимфодиссекции, резекции проросшего опухолью органа. Восстановление непрерывности кишечной трубки производилось одномоментно при правосторонней локализации опухоли и заканчивалось стомированием при поражении левой половины толстой кишки.

Отмечено 7 осложнений (нагноение раны — 5, перитонит — 1, ранняя спаечная кишечная непроходимость — 1). Умерли 3 пациента (острое нарушение мозгового кровообращения — 1, полиорганная недостаточность — 1, перитонит — 1).

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ПОВОДУ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Г. А. Ефимов, А. А. Аликов, Ю. А. Титаренко, В. В. Воробьев, В. В. Карпенко, Э. М. Салагазов, П. А. Цыганков, Али Атуи Ахмад
г. Волгоград

Хирургическое лечение по поводу кишечной непроходимости опухолевой этиологии проведено 245 больным: 128 (52,25%) в возрасте 60–80 лет — основная группа и 117 (47,75%) до 60 лет — контрольная группа.

1. У пациентов основной группы операции в радикальном объеме удалась у 87 (67,97%) человек, в то время как в контрольной — у 98 (83,76%). Следовательно, у пожилых больных резектабельность значительно ниже, чем у лиц в возрасте до 60 лет.

2. Количество летальных исходов преобладало среди пациентов основной группы — 18 (14,06%), в контрольной их было — 10 (8,55%). Наиболее часто летальные исходы были у пожилых пациентов после паллиативных операций — 10 (24,39%), несколько реже — у больных в возрасте до 60 лет, также после паллиативных операций, — 4 (21,05%). После радикальных операций у пожилых больных летальных исходов было 8 (9,19%), у лиц моложе 60 лет — 6 (6,12%).

3. Летальные исходы среди 185 больных, оперированных радикально, были в три раза реже по сравнению с пациентами, которым выполнены паллиативные операции, — 7,57% (14 из 185) и 23,33% (14 из 60) соответственно. Это объясняется более тяжелым состоянием больных, которым выполнялись паллиативные операции.

4. Выполнение хирургических операций 23 пациентам, находившимся в тяжелом состоянии, в несколько этапов является правильным тактическим решением — летальных исходов в послеоперационном периоде среди них не было. Восстановление непрерывности кишечной трубки им выполнено вторым этапом после дренирования кишечника и улучшения общего состояния.

5. Следует считать оправданным тактическим решением при опухолях ректосигмоидного отдела, осложнившихся кишечной непроходимостью, у больных пожилого и старческого возраста с высоким риском хирургического вмешательства ограничиться операцией Гартмана. Она выполнена 20 больным без летальных исходов в послеоперационном периоде.

В 4 случаях были выполнены комбинированные резекции трем больным из контрольной группы и одному из основной. Эти операции были вынужденными — у двух пациенток при ректосигмоидном раке произведена плоскостная резекция тела матки, у одной удален левый яичник и у больного при раке поперечной ободочной кишки — мезоколон.

РОЛЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. А. Ефименко, В. Е. Розанов, В. Г. Романовский, В. Д. Чупрынин
г. Москва

Под нашим наблюдением находились 111 больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. Это были преимущественно мужчины (81,9%), средний возраст которых составил 35,1±2,9 года.

В соответствии с данными видеолапароскопической и традиционной диагностики все больные были распределены на четыре группы по характеру распространенности спаечного процесса в брюшной полости. В 21 (18,9%) случае выявлена I ст. распространенности спаечного процесса, в 25 (22,5%) — II ст., в 44 (39,6%) — III ст. и в 21 (18,9%) — IV ст. по классификации А. Г. Кригера и соавт. (1998 г.) и I. Ibrahim et al (1996 г.).

В I группе (64,9%) были выполнены традиционные операции при I ст. распространенности спаечного процесса в 9,5% наблюдений, при II — в 56%, при III — в 79,5% и при IV — во всех случаях. Во II группе (16,1%) для лечения острой спаечной кишечной непроходимости была использована видеолапароскопическая техника, которую в за-

висимости от тяжести распространения спаечного процесса применяли соответственно в 90,5%, 44% и 20,4% случаев.

Из всех операций, выполненных с использованием видеолaparоскопической техники, чаще всего (72,4%) они применялись при деформациях кишечных петель множественными спайками, ущемлении кишечных петель фиксированной прядью сальника (50,0%) и ущемлении их шнуровидной спайкой (44,5%). Реже этот вид операций применяли при завороте кишечных петель (9,6%), образовании «двустволок» (11,8%), а также при кишечной непроходимости, связанной с ущемлением в «окне» петель тонкой кишки (18,2%).

Адгезиолизис с использованием видеолaparоскопической техники был выполнен в 14 случаях, адгезиолизис в сочетании с иссечением париетальной брюшины — в 8, адгезиолизис в сочетании с резекцией большого сальника — в 7, адгезиолизис в сочетании с разворотом заворота — в 3 и в 4 случаях было выполнено иссечение штрانга.

Анализируя результаты диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости с помощью видеолaparоскопической техники следует отметить, что она позволяет уточнить клинический диагноз, определить форму и локализацию непроходимости, а также выяснить жизнеспособность кишки, наличие перитонита и оценить целесообразность оперативного вмешательства. При этом диагностический период снизился с $2,7 \pm 0,9$ ч. до $1,1 \pm 0,4$ ч., т. е. в 2,2, частота развития осложнений — в 1,1 и летальность — в 1,4 раза при сокращении общей продолжительности лечения на 7,8 койко-дней ($P < 0,01$).

АЛГОРИТМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ И ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко, Мохамед Мазмуд Салем, Е. Б. Чемоданов
г. Симферополь

Отсутствие достаточно достоверных критериев и способов диагностики острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде нередко приводит к выполнению повторной операции в поздние сроки или, напротив, к проведению ненужной релапаротомии.

Нами с целью дифференциальной диагностики ранней механической и динамической кишечной непроходимости использована разработанная в клинике факультетской хирургии Крымского государственного университета компьютерная экспертная система «Скальпель». Работа системы основана на сравнительном анализе клинических проявлений раннего послеоперационного периода в норме и при развитии различных послеоперационных осложнений. Всего в базу данных программы введены 60 шаблонов-описаний, наиболее часто встречающихся патологических состояний после брюшно-полостных операций. Они включают до 700 симптомов и признаков, отражающих клинику этих осложнений.

Компьютерная программа апробирована на 86 больных, у которых ранний послеоперационный период сопровождался существенными отклонениями от нормального течения. Из них у 19 больных имелись клинические проявления, характерные для острой кишечной непроходимости. Полученные результаты обследования этих больных с использованием разработанной экспертной компьютерной системы показали ее высокую эффективность как метода ранней дифференциальной диагностики различных видов непроходимости кишечника. Так, у 14 больных была констатирована паралитическая непроходимость, купированная консервативными мероприятиями без выполнения операции, а у 5 — ранняя спаечная кишечная непроходимость, что явилось объективным показанием к экстренной релапаротомии.

СИНДРОМНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Г. И. Жидовинов, И. С. Попова, И. Ф. Ярошенко, В. Б. Писарев
г. Волгоград

В патогенезе острой обтурационной тонкокишечной непроходимости (ООТКН) мы выделяем два патофизиологических синдрома, отражающих последовательную стадию патологического процесса в тонкой кишке — синдром кишечной гипертензии и синдром кишечной недостаточности.

Нами проведены клинко-экспериментальные исследования, в которых анализированы результаты наблюдений и лечения 580 больных с острой тонкокишечной непроходимостью и результаты исследований на 200 крысах и 10 собаках, которым моделировали ООТКН. В работе использованы клинические, инструментальные, лабораторные, морфологические методы исследования.

Проведенная корреляция лабораторных, ультразвуковых и рентгенологических данных с локальными изменениями в стенке кишки позволила выделить наиболее

информативные критерии каждого синдрома и определить временной момент их качественного перехода.

Уточненный комплекс ультразвуковых признаков и лабораторных критериев на дооперационном этапе дает синдромную оценку клиническому течению ООТКН и позволяет выявлять кишечную гипертензию в качестве раннего этапа развития процесса при отсутствии выраженных обменных расстройств и клинических проявлений эндогенной интоксикации. Резкий скачок в изменениях показателей эндогенной интоксикации, наблюдаемый нами к 24 часам с момента острой обтурации тонкой кишки, коррелирующий с повреждением структуры кишечной стенки и нарушением ее барьерных функций, свидетельствует о многокомпонентных метаболических нарушениях и характеризует новое качественное состояние — кишечную недостаточность.

Таким образом, на основе экспериментальных и клинических данных мы разработали концепцию синдромного подхода к проблеме ООТКН, рассматривая ее клинко-патологические процессы с точки зрения трех синдромов, взаимосвязанных и взаимоотягощающих друг друга: общеклинического — синдрома эндогенной интоксикации и локальных — синдрома кишечной гипертензии и синдрома кишечной недостаточности.

Синдромный подход к проблеме лечения острой тонкокишечной непроходимости позволил разработать единую программу этиопатогенетического лечения в до-, интра- и послеоперационном периодах: характер и объем оперативного вмешательства, показания и продолжительность применения различных видов интра- и послеоперационной декомпрессии желудочно-кишечного тракта, необходимый объем этиотропной терапии, наиболее рациональный выбор различных методов детоксикационной терапии. Использование синдромного подхода позволило снизить послеоперационную летальность в клинике за последние годы с 15,0 до 9,6 %.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ КИШКИ ПРИ ЕЕ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ф. С. Жижин, С. Л. Точилов
г. Ижевск

Цель исследования. Разработка методики интраоперационного определения нарушений микроциркуляции кишки и определение прогностических критериев жизнеспособности пораженных отделов.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены на 26 беспородных собаках весом 7,4—29 кг. В качестве контрольных тестов использованы трансиллюминационная ангиотензиометрия (АТМ) и пульсомотография (ПМГ) по М. З. и З. М. Сигал (1980, 1984 гг.), патоморфологические исследования. Для углубленного изучения кровотока кишок, прежде всего неппульсирующего компонента, применена новая методика — исследование относительной неппульсовой оптической плотности (НООП) в компрессионном спектре. Исследования выполнены на оригинальном аппарате ИМЖ-1 в инфракрасном диапазоне с использованием мини-фотодетектора, позволяющего регистрировать удельную оптическую плотность точечного участка кишечной стенки. Характер кровотока изучен в интактных участках кишки, а также при моделировании венозной, артериальной и смешанной (скелетизация 3,0 и 8,0 см тонкой кишки) ишемии в динамике: сразу после моделирования, через 1,2 и 24 часа после нее.

Результаты. Исследование НООП кишки в компрессионном спектре от 0 до 120 ммрт. ст. и выше (максимальный уровень давления определяется отсутствием пульсовых осцилляций на ПМГ) через каждые 10 мм рт. ст. позволяет определить градиент НООП и процентное соотношение сосудистых коллекторов, функционирующих с конкретными уровнями внутрисосудистого кровяного давления. Методика в сочетании с АТМ и ПМГ позволила установить особенности кровотока в интактных кишках и указанных моделях ее ишемии. На основании сопоставления полученных функциональных параметров микроциркуляции в кишечных сегментах с дозированной дискредитацией кровотока в эксперименте и патогистологических исследований их установлены дополнительные критерии степени ишемических поражений. Кишка сохраняет жизнеспособность, если функциональными остаются 17% и более сосудистых коллекторов с внутрипросветным кровяным давлением выше 40 мм рт. ст.

У 14 больных, оперированных по поводу О.К.Н. со странгуляционным компонентом, ошибок в определении жизнеспособности кишки не было.

Заключение. Исследование НООП кишки в компрессионном спектре позволяет более точно прогнозировать жизнеспособность кишки.

ОТСРОЧЕННЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ РЕЗЕКЦИИ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ТЕРМИНАЛЬНОГО И АНАЭРОБНОГО ПЕРИТОНИТА

Ф. С. Жижин
г. Ижевск

Цель работы. Разработка оптимальной методики резекции кишки у больных с наиболее тяжелыми формами ОКН, оперируемыми в условиях терминальной фазы перитонита и перитонита с анаэробным компонентом.

Материал и методы. В клинике госпитальной хирургии ИГМА с 1990 по 1998 гг. резекция кишок при ОКН доброкачественного и опухолевого генеза выполнена у 141 больного. Умерли 17 больных (12,1%). Для комплексного анализа вариантов лечения применены 4 оценочные шкалы. Микробный спектр перитонита оценивался бактериологическим и бактериоскопическим методом.

Результаты. Установлено, что группу повышенного риска составили больные с ОКН в сочетании с разлитым гнойным перитонитом, особенно перфорационным. Тяжесть состояния характеризовали перитониальный индекс Манхаймера выше 31 балла, показатель SAPS более 15 баллов, совокупность факторов риска выше 6 баллов и III степень эндотоксикоза.

При традиционных лечебно-тактических подходах послеоперационная летальность в этой группе составила 87,3%. С целью профилактики прогрессирующего перитонита и несостоятельности анастомозов в этих ситуациях резекция кишки завершалась выведением терминальной стомы с последующими плановыми санациями брюшной полости. Для активного устранения перитонита выполнялись 4–5 санационные релапаротомии в течение 7–12 дней до уменьшения показателя SAPS ниже 10 баллов, снижения эндотоксикоза до I–II степени. При очередной санационной релапаротомии, в случае выведения энтеростомы, формировали межкишечный анастомоз проксимальнее ее на 15–20 см (толсто-толстокишечное соустье в эти сроки не накладывали). Тем самым концевая энтеростома трансформировалась в Y-образную, которая функционировала до заживления анастомоза. Через 10–14 дней она обтурировалась временно, а в последующем закрывалась путем иссечения. Из 7 больных с резекцией тонкой кишки в сочетании с правой половиной толстой кишки выздоровели четверо (57,1%).

Заключение. При резекции тонкой кишки и (или) правой половины толстой кишки в условиях тяжелого перитонита применение терминальной стомы с отсроченным формированием анастомоза в процессе выполнения санационных релапаротомий позволяет снизить послеоперационную летальность практически вдвое.

ПРИЧИНЫ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ

М. З. Загидов, А. М. Загидова, М. Ш. Шарпудинов, С. А. Цагаев
г. Махачкала

При непроходимости кишечника в его просвете происходят бурный рост микрофлоры, образование и накопление токсических продуктов, нарушение сокооборота, расстройство обменно-окислительных процессов. Это приводит к глубокому нарушению соотношений электролитов, гипо- и диспротеинемии, повышению уровня лейкоцитарного индекса интоксикации, анемии, нарушению микроциркуляции в организме матери и плода. При острой кишечной непроходимости (ОКН) в последние недели беременности хирург оказывается в критической ситуации, связанной с трудностями диагностики и выбора тактики лечения.

Нами проанализированы причины и исходы лечения ОКН, развившейся в последние недели беременности у 122 женщин, лечившихся в трех роддомах г. Махачкалы и в ряде районов Республики Дагестан, за последние 5 лет. Консервативными методами удалось разрешить кишечную непроходимость у 66 (54,1%) беременных, оперированы — 56 (45,9%).

В числе последних выявлены спаечная, странгуляционная непроходимость подвздошной кишки, развившаяся после аппендэктомии по поводу острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом и нагноением раны у 39 (69,6%) беременных, завороты: тонкой кишки — у 5 (8,9%), подвижной слепой и подвздошной кишки — у 2 (3,6%) и обтурация подвздошной кишки клубком аскарид — у 4 (7,1%). У 2 из последних была обтурирована петля подвздошной кишки, расположенная в спаечном кармане между стенкой живота и слепой кишкой, сформированном после аппендэктомии.

Причиной непроходимости у 46 (82,1%) беременных явились спайки, образованные после операции по поводу деструктивного аппендицита, а случаев обтурации опухолью не было. Хирургическое вмешательство по поводу ОКН, выполненное в последние дни перед родами или предродовом периоде, у 38 рожениц сочеталось с оперативным родоразрешением. Клинические проявления ОКН расценивались как начало родов, и беременных доставляли в родильный стационар. После уточнения диагноза рожениц оперировали совместно с хирургом. Выполнено: рассечение спаек — у 23 (41,1%) беременных, развороты тонкой кишки — у 3 (5,3%), сигмовидной — у 4 (7,1%), резекция нежизнеспособной слепой и подвздошной кишки — у 1 (1,8%), части тонкой кишки — у 6 (10,7%), рассечение спаек с размассированием и перемещением аскарид по кишечному тракту — у 2 (3,6%) больных.

У всех женщин этой группы до выполнения хирургического вмешательства по поводу ОКН было произведено кесарево сечение.

Вторая группа включает 14 (25,0%) беременных, оперированных по поводу ОКН в предродовом периоде. Выполнено рассечение спаек 7 (50,0%) беременным и рассечение спаек в сочетании с разъединением клубка аскарид у 2 (14,3%), развороты:

тонкой кишки — у 2 (14,3%), сигмовидной — у 2 (14,3%), слепой и подвздошной кишок — у 1 (7,1%) больной.

Третья группа составляет 5 (8,9%) беременных, оперированных в условиях районной больницы, им было произведено кесарево сечение, но не была диагностирована и устранена ОКН. Всем им на 2—3-е сутки выполнены релапаротомия, резекция измененных участков, тонкой кишки — у 1 (20,0%), подвздошной — у 3 (60,0%) и гемиколэктомия с наложением илеостомы — у 1 (20,0%) женщины.

Анализ результатов лечения ОКН у беременных показал необходимость своевременного устранения факторов, способствующих ее развитию, и выбора тактики лечения в зависимости от сроков беременности. Из 56 беременных, оперированных по поводу ОКН, умерли 5 (8,9%) женщин, в 2 случаях произошел выкидыш, в 1 случае — вынужденное досрочное родоразрешение. Причиной смерти 2 (40,0%) рожениц после кесарева сечения в сочетании с резекцией пораженного участка тонкой кишки была несостоятельность швов анастомоза, приведших к развитию и прогрессированию перитонита.

Во второй группе беременных, оперированных в дородовом периоде, смертельных исходов не было, но у 2 (14,3%) беременных были выкидыши и у 1 (7,1%) — вынужденное досрочное родоразрешение.

Самыми худшими оказались результаты лечения ОКН у третьей группы рожениц, где были допущены диагностические, дооперационные и интраоперационные ошибки. Всем 5 беременным выполнено кесарево сечение, а ОСКН не была диагностирована. Из них умерли 3 (60,0%) больных. Причиной смерти их была запущенная ОСКН, приведшая к некрозу кишки, перитониту, эндотоксикозу, явившемуся причиной полиорганной недостаточности и смерти рожениц.

Следовательно, деструктивный аппендицит и его осложнения являются основной причиной ОСКН у беременных. На исходы ее лечения влияют сроки беременности и выбранная тактика. Смертельные исходы матерей исключительно были связаны с поздней диагностикой непроходимости, несостоятельностью швов, а плода — отрицательным действием медикаментов.

Для профилактики ОСКН во время беременности и в предродовом и родовом периодах необходимо устранить предрасполагающие факторы к ее развитию — расщепление спаек, цекопексия, дегельментизация.

ПОДДЕРЖАНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

М. Ф. Заривчацкий
г. Пермь

В 1990—1999 гг. под нашим наблюдением находились 389 больных с механической кишечной непроходимостью, из которых obturация (закупорка изнутри и сдавление извне кишечной трубы опухолями, безоарами, глистами, копролитами, желчными камнями) встретилась в 176 случаях, странгуляция (ущемление кишки, завороты, узлообразование) — в 51 случае, смешанные причины (спаечная болезнь, ущемленные грыжи, инвагинации) выявлены у 162 больных. Все больные были оперированы.

В клинике разработаны основные принципы поддержания и коррекции гомеостаза, которые осуществляются под контролем за состоянием гемодинамики, микроциркуляции, объемом потерь с рвотой, величиной диуреза, показателями гемоглобина, гематокрита, водно-электролитным и кислотно-основным состоянием организма, биохимическими и другими параметрами гомеостаза.

Инфузионная терапия в предоперационном периоде, направленная на устранение гемодинамических расстройств, проводилась инфузиями противошоковых растворов (полиглюкина, волекама, полиглюсоля, полифера, плазмы и растворов альбумина) и кристаллоидных препаратов (мафусола, лактасола, раствора Гартмана, 0,9%-ным, раствором хлорида натрия) с измерением ЦВД через каждые 15—20 мин. или после введения 400—500 мл того или иного раствора. При быстром увеличении ЦВД до 180—200 мм вод. ст. и выше темп инфузии необходимо уменьшить.

Реологические свойства крови в интраоперационном и периоперационном периодах восстанавливали вливанием препаратов реологического действия — реополиглюкина, реоглюмана, полиоксидов, поливисолина, желатиноля. Детоксикация достигалась инфузиями гемодеза (неогемодеза), гемодеза Н, поливисолина.

В послеоперационном периоде необходимо проводить парентеральное питание (полиамин, белковые гидролизаты, жировые эмульсии, растворы глюкозы, сорбита, ксилита), борьбу с анемией, коагулопатией и иммунодефицитом (эритроцитная масса, эритроцитная взвесь, свежзамороженная плазма, концентрат тромбоцитов, концентрат лейкоцитов, гипериммунная плазма, гамма-глобулины). Эффективным коррегирующим влиянием обладает плазмаферез, плазмасорбция, гемосорбция, квантотерапия (ультрафиолетовое облучение крови), магнитолазеротерапия.

Для скорейшего восстановления функции кишечника и уменьшения степени токсикоза в клинике используется оригинальный, эффективный и безопасный метод энтеральной коррекции с последовательным использованием гипо- и изоосмолярных электролитных растворов сорбита и желатина, а также 1—2%-ных водных сус-

пензий кремнийорганического сорбента полисорба. Энтеральные инфузии осуществляли через тонкий зонд, проведенный на 20–30 см ниже дуоденоюнального перехода или наложенного межкисечного анастомоза.

АНАЛИЗ 30-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. В. Заруцкая, Е. Б. Фролов
г. Кемерово

По видам кишечная непроходимость распределилась на спаечную (338 больных за 30 лет) и обтурационную (170 больных). За последние 5 лет в клинике наблюдалось 207 больных с острой кишечной непроходимостью, среди которых больные со спаечной болезнью составили 79,23% (164 человека), с обтурационной кишечной непроходимостью — 20,81% (43 человека). Среди причин обтурационной кишечной непроходимости по-прежнему ведущее место занимает опухолевый процесс толстого кишечника (46,52%), который чаще поражает сигмовидную кишку, — 50,0%, в 35% — поперечно-ободочную и 15% — прямую кишку. Другими причинами, вызвавшими ОКН, явились каловые камни — 13,91%, долихосигма — 11,63%; заворот тонкой кишки — 9,3%. ОКН удалось разрешить консервативными методами лечения: спазмолитики, очистительные клизмы в 48,33% случаев. Остальным больным — 51,67% — выполнено оперативное вмешательство. Объем операции зависал от причины, вызвавшей непроходимость, общего состояния больного. У 73 больных (68,24%) выполнено рассечение спаек; резекция кишечника — 12,12%; наложение цекстомы — 6,51%; операция Гартмана — 5,63%; наложение двустольного ануса — 3,74%; наложение обходного анастомоза — 2,81%. Осложнения в послеоперационном периоде развились в 10,8% случаев. Наиболее частые из них: нагноение послеоперационной раны, абсцессы брюшной полости. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре зависит от вида непроходимости: при спаечной кишечной непроходимости в среднем составила 10 дней (от 2 до 20 дней), при обтурационной — 44 дня (от 20 до 106 дней). Летальность среди больных с рассмотренной патологией за последние 5 лет составила 6,6%.

ПРОБЛЕМЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ НАЗОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ: ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И. И. Затевакин, А. А. Щеголев, С. А. Лобода
г. Москва

Изучено течение раннего послеоперационного периода у двух групп пациентов, которые перенесли хирургические вмешательства, завершённые назоинтестинальным дренированием. Обе группы достоверно не отличались по полу и возрасту больных, характеру их основной патологии и объёму перенесённой операции. Программа ведения пациентов первой группы (26 больных) не предусматривала назначения каких-либо препаратов, направленных на профилактику эрозивных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в условиях назоинтестинального дренирования. Лечение пациентов второй группы (30 больных) было дополнено назначением фамотицина (суточная доза 80 мг внутривенно) и маалокс-суспензии по 15 мл каждые 6 часов, которую назначали после перевода больного на самостоятельное дыхание.

У пяти больных 1-й группы (19,2%) на 3–5-е сутки после операции развилось острое кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, верифицированное эндоскопически. Летальность составила 11,6% (все летальные исходы отмечены у пациентов с развившимся кровотечением).

Во 2-й группе больных эпизоды острого кровотечения не зарегистрированы. Умерли 2 пациента этой группы (6,7%) в связи с прогрессированием основной или сопутствующей патологии.

Профилактическое применение фамотицина и маалокса позволяет предупредить острые кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и таким образом существенно снизить летальность у больных с назоинтестинальным дренированием.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. С. Ибдильдин, Г. Н. Андреев
г. Алма-Ата

Из 208 больных с обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью у 85 (41,3%) причиной ее явился рак сигмовидной кишки, у 28 (13,4%) — прямой, рак сигмо-ректального отдела — 26 (12%), слепой кишки — 30 (14,4%), другие отделы —

15 больных (7%) и у остальных (11,5%) — генерализованное поражение толстого и тонкого кишечника, сдавление толстой кишки извне опухолями органов малого таза.

Первичная резекция выполнена 20 из 64 экстренно оперированных больных с обтурацией опухолевого происхождения, 9 — с восстановлением непрерывности кишечника, 11 — с выведением одностольной колостомы. Остальным произведены различные декомпрессивные операции.

Послеоперационные осложнения возникли у 57,7% больных. Умерли 42 больных, летальность составила 40,3%. Высокая летальность отмечена после вмешательств на левой половине толстого кишечника. Лучшие результаты были при раке илеоцекального угла и дистального отдела ободочной кишки.

Наиболее частой причиной смерти после операции при толстокишечной, опухолевой непроходимости был прогрессирующий дооперационный или послеоперационный перитонит вследствие несостоятельности межкишечного анастомоза. У 8 из 25 умерших этой группы причиной смерти были раковая интоксикация и кахексия.

Худшие результаты имели место при первичной резекции с восстановлением ее непрерывности, чем при завершении ее выведением проксимального конца в виде колостомы по Гартману, а также пристеночной колостомы и противоестественного *anus'a* как окончательной операции или ее первого этапа.

Если причиной смерти после резекции ободочной кишки с первичным анастомозом была ее несостоятельность, то после операции типа Гартмана больные погибли от тромбоэмболических и сердечно-легочных осложнений.

После разрешения толстокишечной непроходимости оперированы 40 больных с опухолевым поражением ободочной кишки. Радикально оперированы 26 из 40 больных, умерли 4. После 14 паллиативных операций умерли 2 больных. Таким образом, умерли 6 из 40 больных, т. е. послеоперационная летальность 15%.

Среди больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого происхождения резектабельность при срочных и плановых операциях составила 44,2%, при общей летальности — 27,6%.

Снижению летальности при толстокишечной опухолевой непроходимости способствовали: отказ от первичного анастомоза после резекции при множественных осложнениях, сопутствующих заболеваниях, в возрасте старше 70 лет; применение декомпрессивных операций.

АППАРАТНЫЙ СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С. Г. Измайлов, А. А. Бодров, М. Ю. Аверьянов, В. Н. Гараев, В. М. Лазарев
г. Нижний Новгород

При ушивании раны в условиях значительной дилатации кишечных петель традиционными способами зачастую имеют место: 1) затруднение сведения краев раны, а порой и невозможность полного их сопоставления; 2) избыточное натяжение тканей, приводящее к их травматизации, развитию микроциркуляторных нарушений и снижению регенерационных способностей; 3) использование более толстого шовного материала.

С целью устранения вышеуказанных недостатков нами предлагается адаптационно-репозиционный аппарат (АРА) чрезтканевой фиксации. Аппарат содержит неподвижную и подвижную браншу; реечно-винтовой привод с ручкой; фиксаторы спиц в виде вилки; винтовые фиксаторы; отжимные гайки; пластины с волнообразными прорезями; спицы. Процесс соединения лапаротомной раны с использованием АРА осуществляется следующим образом. После выделения краев раны спицы проводятся через кожу и апоневроз параллельно краям раны таким образом, чтобы из раны оба конца спиц выступали над кожей. На рану накладывается основная часть АРА с разведенными браншами, совмещая фиксаторы с концами спиц, выступающими над кожей. Винтами закрепляются спицы, фиксаторы крепятся к браншам. Спицы натягиваются посредством отжимных гаек и винтами закрепляются в этом положении. Реечно-винтовым приводом сближаются бранши до окончательного сближения глубоких слоев раны. Накладываются швы, после чего аппарат удаляется. В случае оставления аппарата для создания оптимальных условий заживления раны его снятие осуществляется на 5–10-й день послеоперационного периода после оценки процессов заживления посредством ультразвукового сканирования раны.

Разработанный нами АРА применен у 16 больных. Применение АРА позволило: 1) без затруднений сближить края раны; 2) осуществить ушивание раны без натяжения, применяя более тонкий шовный материал; 3) сократить время операции; 4) предупредить избыточное повреждение и микроциркуляторные нарушения в сшиваемых тканях. В послеоперационном периоде осложнений со стороны раны у всех больных не наблюдалось.

АНАЛИЗ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С. Г. Измайлов, А. А. Бодров, В. М. Лазарев, К. В. Капустин
г. Нижний Новгород

Проблема инфекционных осложнений является одной из наиболее актуальных в хирургии. Частота инфекционных осложнений в хирургии достигает 30% и возрастает даже после так называемых «чистых» операций. У больных же с острой кишечной непроходимостью, при которой большинство операций относятся к «загрязненным» и «грязным», риск возникновения осложнений особенно высок, достигает 39 — 79%.

Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 457 человек, оперированных по поводу различных нозологических форм хирургической патологии. Неосложненное течение раневого процесса наблюдалось у 391 больного (85,55%), осложненное — у 66 человек (14,45%). Характер выявленных осложнений был таков: нагноения — 44 (9,62%), инфильтраты — 7 (1,53%), гематомы — 4 (0,87%), серомы — 11 (2,4%). Количество больных, оперированных по поводу ОКН, составило 43 человека (9,4%). Гладкое течение послеоперационного периода наблюдали у 27 человек (62,8%), осложненное — у 16 (30,2%). Осложнения распределились следующим образом: нагноения — 13 случаев (81,25%), инфильтраты — 1 (6,25%), гематомы — 1 (6,25%), серомы — 1 (6,25%).

С целью ранней диагностики раневых осложнений в послеоперационном периоде нами разработан ультразвуковой способ оценки течения раневого процесса. Сущность его заключается в том, что на 5-е сутки послеоперационного периода проводится ультразвуковое сканирование мышечно-апоневротического слоя в области раны с определением экзогенности тканей данной зоны. Если зона гипзохогенная и ее ширина составляет 13 мм и более, высока вероятность микробного воспаления в ране. Если ширина гипзохогенной зоны менее 13 мм или характер тканей гиперэхогенный, диагностируется гладкое течение раневого процесса.

ОЦЕНКА МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА МЕТОДОМ СЦИНТИГРАФИИ ПРИ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. И. Ишмухаметов, Н. Е. Кудряшова, Г. Б. Проскурина, А. Г. Лебедев
г. Москва

С целью оценки моторной функции желудка и кишечника у больных с тонкокишечной непроходимостью мы применили сцинтиграфию желудка и кишечника, используя коллоидный, меченный технецием-99м, радиофармпрепарат — РФП (технефит) в 200 мл воды per os. Производилась динамическая запись эвакуаторной функции желудка и кишечника.

Задачей исследования явилось определение времени пассажа РФП по кишечнику у больных с тонкокишечной непроходимостью и фиксация уровня непроходимости.

Методом сцинтиграфии были исследованы 35 больных с тонкокишечной непроходимостью различного генеза. 27 больных (1-я группа) были обследованы при поступлении с целью определения времени пассажа РФП по кишечнику и фиксации уровня непроходимости. 8 больных (2-я группа) были обследованы в послеоперационном периоде для оценки степени выраженности пареза кишечника.

Результаты исследования: у 3-х больных 1-й группы регистрировалось замедление моторно-эвакуаторной функции желудка с периодом полувыведения 44—146 минут (при норме 20—25 минут) и выраженная задержка РФП в петлях тонкой кишки с отсутствием визуализации толстой кишки. В экстренном порядке эти больные были оперированы (верификация положительная). У остальных 24 больных отмечалась нормальная или умеренно замедленная эвакуаторная функция желудка и замедление пассажа по тонкой кишке: РФП в толстую кишку поступал только к 6—8-му часу (в норме — к 4-му часу), у этих пациентов кишечная непроходимость разрешилась в дальнейшем под влиянием консервативного лечения. У 8 больных 2-й группы в послеоперационном периоде наблюдалось замедление эвакуаторной функции желудка и замедление пассажа по кишечнику, соответствующее остаточным явлениям пареза кишечника.

Полученные данные свидетельствуют о возможности применения данного метода для оценки моторной функции желудочно-кишечного тракта в диагностике кишечной непроходимости и степени выраженности пареза кишечника в послеоперационном периоде.

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ЗОНДОВОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. М. Карякин, М. А. Иванов

г. Санкт-Петербург

Послеоперационный период у больных, оперированных по поводу странгуляционной кишечной непроходимости, характеризуется выраженностью метаболических расстройств, что в значительной степени определяет тяжесть состояния таких пациентов. Энтеральное зондовое питание в подобной ситуации приобретает особую значимость. Оно становится единственным вариантом поддержки энергетического и метаболического баланса в организме оперированных больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей энтерального введения нутриентов у больных в ранние сроки после ликвидации острой кишечной непроходимости.

В основу работы легли наблюдения над 25 больными, которые были оперированы по поводу декомпенсированного варианта нарушения кишечной проходимости. В послеоперационном периоде оценивалось состояние двигательной активности тонкой кишки с автоматической обработкой получаемой информации по разработанной в клинике методике. Удостоверившись в восстановлении сократительной деятельности пищеварительного тракта, начинали энтеральное введение питательных смесей с преимущественным содержанием нерасщепленных белковых молекул для поддержания низкой осмолярности кишечной среды. Результат кормления изучался посредством оценки колебаний внутрипросветного давления.

В контрольной группе (30 человек) начало кормления осуществлялось на основании попыток оценить деятельность кишечника традиционными методами.

Результаты. Выполненные исследования показали, что изучение степени восстановления сократительной функции пищеварительного тракта позволяет выявить оптимальное время для начала введения нутриентов в энтеральную среду. Среди показателей двигательной активности тонкой кишки, которые должны приниматься во внимание, следует отметить появление эффективных сократительных периодов (эффективность более 4–5% свидетельствует об адекватной пропульсивной деятельности); снижение внутрипросветного давления по итогам 6–8-часовой регистрации перистолтической активности тонкой кишки и отсутствие повышения давления за этот же период времени на фоне введения питательных смесей в энтеральную среду. Амплитуда сокращений и абсолютные значения внутрипросветного давления играют меньшую роль, однако о наличии полноценной моторной функции полого органа — при амплитуде до 5 см и среднем давлении более 40 см водного столба — говорить не приходится.

В процессе введения питательных составов может оказаться полезным чередование сред, стимулирующих пропульсию (дистиллированная вода, отвар сухофруктов с сорбитолом и пр.), с нутриентами, не обладающими подобным эффектом.

Сравнение результатов использования раннего энтерального питания показало, что предлагаемая методика позволяет поддерживать на достоверно более высоких значениях показатели трофологического статуса, что положительно отражается на результатах оперативных вмешательств по поводу кишечной непроходимости: в основной клинической группе частота инфекционных осложнений (отмечены у 3 пациентов) была вдвое меньше, чем в контрольной.

О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ (ОПУХОЛЕВОЙ) КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. М. Карякин, А. Е. Барсуков, М. А. Иванов

г. Санкт-Петербург

Тактические вопросы при острой кишечной непроходимости нельзя признать решенными. Высказываются противоположные точки зрения на предмет объема и особенностей выполняемых оперативных вмешательств.

Целью настоящего исследования явилось обсуждение вариантов оказания хирургической помощи пациентам с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза.

В основу работы легли наблюдения над 54 больными, оперированными за последние 5 лет по поводу опухолей толстой кишки, осложненных кишечной непроходимостью. В послеоперационном периоде выполнялись декомпрессия и деконтаминация проксимальных отделов тощей кишки и исследование колебаний внутрипросветного давления методом открытого катетера с использованием системы для автоматического анализа получаемой информации.

Изучение результатов оперативных вмешательств показало, что выполнение радикальных операций целесообразно даже у лиц с выраженными проявлениями кишечной непроходимости (при отсутствии отдаленных метастазов опухоли).

Встречающаяся при этом дилатация толстой, а порой и тонкой кишки может затруднить процедуру осуществления гемиколэктомии либо резекции толстой кишки, но

не является поводом для категорического отказа от радикального оперативного вмешательства. Так, из числа 9 выполненных правосторонних гемиколэктомий все пациенты выжили. После 45 экстренных оперативных вмешательств на левой половине толстой кишки погибли 6 пациентов. Анализируя результаты вмешательств, считаем принципиальным осуществление одномоментного наложения анастомоза при опухолях правой половины толстой кишки. В случае левосторонней локализации опухоли первичное соустье может быть сформировано при условии сохранения адекватного кровотока в приводящем сегменте (в т. ч. по результатам интраоперационной электромиографии), отсутствии перитонита и крайне выраженных метаболических изменений, а также при обязательном условии осуществления надежной декомпрессии (по варианту подвешной колостомии).

Анастомозы накладываем по варианту «конец в конец» с соблюдением правила отсутствия даже минимального стенозирования просвета полого органа и осуществления тщательной перитонизации сопоставляемых сегментов кишечника как минимум на 2–3 см от линии швов. Правомочность подобной тактики была подтверждена отсутствием грозных осложнений и результатами послеоперационной регистрации внутрипросветного давления (раннее восстановление двигательной активности кишечника у оперированных на высоте непроходимости больных — появление эффективных сократительных периодов начиная с 2-х суток после вмешательства).

Таким образом, стремление к выполнению первичных радикальных вмешательств у больных с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза следует считать справедливым. Для достижения лучших послеоперационных результатов показано использование специальной системы профилактических мероприятий.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА — ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Г. Б. Каиров, Л. Б. Канцалиев
г. Нальчик

За последние годы острая непроходимость кишечника вследствие обтурации просвета кишечника желчным камнем стала встречаться часто, что объясняется увеличением числа больных с желчекаменной болезнью. Желчные камни попадают в кишечник через естественные желчеотводящие пути или через образовавшиеся соустья между желчным пузырем или холедохом и кишкой. Дооперационная диагностика желчекаменной непроходимости зачастую затруднительна из-за сопутствующей, как правило, тяжелой патологии ряда органов и систем.

С 1985 нами прооперированы 10 больных с желчекаменной непроходимостью кишечника. Из них 9 женщин в возрасте от 63 до 88 лет и 1 мужчина 91 года. Желчекаменная болезнь отмечалась в анамнезе у 8 пациентов. Все были доставлены «скорой помощью» с предварительным диагнозом: острый холецистит, прободная язва или печеночная колика в сроки от 6 часов до 10 суток с момента заболевания. Больные жаловались на неопределенного характера боли в животе, тошноту, рвоту и общую слабость. Выраженная клиническая и рентгенологическая картина острой непроходимости кишечника отмечена у 2 и разлитого перитонита — у 3 больных. У остальных предоперационная диагностика запаздывала из-за «смазанности» клиники сопутствующей патологией.

Обтурирующий конкремент локализовался в первом случае в дуоденум, в остальных — в различных отделах тонкой кишки вплоть до илеоцекального угла. Оперативное лечение сводилось к удалению камней дуоденотомией (1), энтеротомией (6) и резекцией нежизнеспособной кишки (3). В послеоперационном периоде умерли 3 больных: от ТЭЛА (1) и полиорганной недостаточности на фоне сахарного диабета и ИБС (2). Летальность составила 30%.

В последние годы всем пожилым больным с подозрением на острую кишечную непроходимость в экстренном порядке стали обязательно производить обзорную рентгенографию брюшной полости, следить за пассажем бария, а также ультразвуковое исследование живота. Это позволяет ускорить процесс диагностики, сократить предоперационный период и улучшает результаты лечения.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е. Л. Казарова, М. М. Каранетян, В. В. Багдасаров
г. Москва

Анализ собственных наблюдений и данных литературы по результатам лечения больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью свидетельствует о высокой послеоперационной летальности (35–50%). Решение тактических вопросов выбора сроков и объема операций для снижения послеоперационной летальности явилось целью работы. Сравнительному анализу подвергнуты результаты лечения 570 больных в возрасте от 36 до 92 лет с обтурационной толстокишечной непроходимостью, наблюдавшихся в клинике хирургических болезней ММА им. И. М. Сеченова за

период с 1977—1987 гг. и с 1990—1999 гг. Вначале (1977—1987 гг.) при решении тактических вопросов учитывали только локализацию опухоли, ее операбельность и сопутствующие заболевания. В этот период операцией выбора при локализации опухоли слева была операция Гартмана, справа — гемиколэктомия с первичным межкисечным анастомозом. Летальность составила 29,8%. В дальнейшем выбор операции ставили в зависимость от тяжести состояния по системе SAPS и степени кишечной непроходимости. При локализации опухоли слева у больных с декомпенсированной непроходимостью использовали многоэтапные операции, начиная с первичной кратковременной декомпрессии кишки (трансверзостомия); при локализации справа, если тяжесть состояния составляла менее 12 баллов по SAPS, выполняли радикальные операции с формированием первичного межкисечного соустья и его вариантов. При степени тяжести выше 12 баллов операцию ограничивали декомпрессией (илеостомия). Завершение радикального хирургического лечения выполняли через 4—6 недель после устранения кишечной непроходимости (трансверзостомия, илеостомия). Эта тактика позволила снизить послеоперационную летальность до 3,6% при левосторонней локализации опухоли и до 2,9% — при правосторонней локализации. Лечение обтурационной кишечной непроходимости с учетом тяжести состояния (шкала баллов), степени кишечной непроходимости и дифференцированного выбора в этой связи объема операции позволяет значительно снизить летальность после операции у больных с осложненным раком ободочной кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

С. А. Касумьян, В. Н. Журавлев, А. Б. Куненков, И. П. Шабентов, А. Г. Эфрон, П. П. Курсов,
А. В. Сергеев
г. Смоленск

В последние годы отмечается тенденция к значительному росту заболеваемости раком ободочной кишки с преобладанием осложненных форм заболевания, самым частым из которых является обтурационная толстокишечная непроходимость.

В клинике в период с 1995 по 1999 гг. находились на лечении 314 пациентов с острой кишечной непроходимостью, из них у 142 (45,2%) диагностирована опухолевая обструкция ободочной кишки (возраст пациентов от 29 до 92 лет). Только 32 (22,5%) пациента были доставлены в первые 2-е суток с момента появления клинических симптомов заболевания (средние сроки госпитализации от 6 до 14 суток). У 12 (8,4%) пациентов при поступлении имелась клиника перитонита, обусловленная диагностическим разрывом ободочной кишки.

В правой половине ободочной кишки опухоль выявлена у 25 (17,6%) пациентов, в левой — у 82 (57,7%), прямой кишке — у 30 (21,1%) и у 5 диагностирована синхронная локализация опухоли.

Под воздействием консервативного лечения эффект отмечен у 6 (4,2%) пациентов, оперированных в плановом порядке. По срочным показаниям оперированы 136 (95,8%) пациентов. При выборе объема оперативного вмешательства мы придерживаемся тактики двухмоментных операций, отдавая предпочтение на первом этапе операции, направленным на удаление самой опухоли и декомпрессии кишки с последующим (через 2—4 мес.) реконструктивным вмешательством на втором этапе.

Радикальные операции выполнены у 92 (64,7%) пациентов: правосторонняя гемиколэктомия — 20, левосторонняя гемиколэктомия — 15, в одном случае с правосторонней гемигепатэктомией при метастазах в печень; резекция сигмовидной кишки с двухствольной колостомой — 29, операция Гартмана и ее модификации — 21, брюшноанальная резекция — 4, субтотальная колэктомия — 2, обходной анастомоз (как первый этап операции) — 2. После операции умерли 18 пациентов (летальность — 19,5%).

В 50 (35,3%) случаях выполнены паллиативные вмешательства: петлевая колостомия — 31, обходной анастомоз — 9, резекция сигмы — 6, операция Гартмана — 4. Умерли 19 (38%) оперированных.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Л. Б. Канцалиев, Г. В. Каиров
г. Нальчик

Среди причин послеоперационной летальности при острой непроходимости кишечника (ОНК) одно из ведущих мест занимает печеночная недостаточность. Для выяснения механизмов ее развития и разработки методов лечения произведены клинико-физиологические исследования у 48 больных с ОНК и проведены 4 серии экспериментов на собаках. Изучали следующие показатели: ОЦК и его компоненты, фибриноген, лактаты, пируваты, активность трансаминаз, общий белок и белковые фракции в крови, кровоток и поглотительно-экскреторную функцию (ПЭФ) печени реопо-

лярографией и уевиридиновым методом. Газы крови и КОС определяли микрометодом Аструпа отдельно в синусоидах печени, в притекающей к ней и оттекающей от нее крови. Производили морфологические и гистохимические исследования печени.

Результаты наших исследований показали, что ОНК приводит к развитию четырех степеней функциональной печеночной недостаточности, о чем свидетельствуют увеличение периода выведения уевиридина из крови в 8,5 раза и уменьшение относительного клиренса красителя в 7,3 раза по сравнению с нормальными величинами. Также выявлено значительное возрастание активности трансаминаз, концентрации пируватов, лактатов, фибриногена в крови, развитие диспротеинемии за счет снижения альбуминовой фракции белков. Морфологически в гепатоцитах определяли очаги некролиза, снижение содержания гликогена, фосфолипидов; зернистую, вакуольную, жировую дистрофию. Нашими клинико-физиологическими исследованиями у 89% больных с ОНК установлена перитонитоподобная форма печеночной недостаточности с болями в животе, упорным метеоризмом, диспепсией, гиперволемией, диспротеинемией и другой характерной клинической и лабораторной симптоматикой, у 3% — смешанная форма.

Снижение органного кровотока печени в среднем до 25^2 мл/мин, что составляет лишь 17,3% от должного уровня; напряжения кислорода в печеночной ткани с $84 \pm 6,6$ до $27 \pm 4,6$ мм рт. ст. и достоверное уменьшение pO_2 в синусоидах и портальной системе дают основание полагать, что в основе развития функциональной недостаточности печени при ОНК лежат расстройства ее гемодинамики и оксигенации.

Для ликвидации гипоксии и увеличения перфузии печени в комплексе интенсивной терапии ОНК включали от одного до трех сеансов ГБО и перидуральную блокаду. Всю инфузионную терапию проводили оксигенированными растворами трансгембликально. Это позволило снизить летальность при ОНК с 13 до 5,2%.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМОЙ КОЛОСТАЗА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. В. Киргизов, А. М. Сухоруков, В. А. Дударев, А. А. Захарченко, В. Г. Самсонок
г. Красноярск

Серьезным осложнением при хронических запорах является острая кишечная непроходимость. Целью исследования явилось изучение показателей системы гемостаза у 11 больных с декомпенсированной формой колостазов, оперированных с острой кишечной непроходимостью.

Так, у больных с хроническими запорами в анамнезе и поступивших в клинику с диагнозом «острая кишечная непроходимость» изучена система гемостаза. Укорачивалось время свертывания до $5,0 \pm 0,4$ ". Отмечалось повышение аутоагглюляционного теста до $14 \pm 0,5$ ". Протромбиновый индекс составлял $60,1 \pm 3,4\%$, при нормальном количестве фибриногена 2,5 г/л. В тромбоцитарном звене выявлено снижение общего числа тромбоцитов до $201 \pm 10,2$, увеличивалась АДФ агрегация — до $16,1 \pm 0,54$ ", активированное время рекальцификации (ABP) снижено до $46 \pm 2,1$ ", что говорит о низкой функциональной активности тромбоцитов и их дезагрегации. Отмечено также угнетение процесса фибринолиза: XIIIa-фактор увеличен до $29 \pm 0,9$ ", фактор Виллербрандта значительно повышен ($200 \pm 1,1$). Кроме того, возрастал ортофенантроновый тест в 1,5 раза. При дальнейшем прогрессировании кишечной непроходимости и переходе ее в декомпенсированную форму еще более значительно изменялись показатели сосудистого и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза с выраженными явлениями ДВС синдрома. Так, количество тромбоцитов уменьшалось до $180 \pm 7,1$. ABP снижалось до $32 \pm 1,2$ ", активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) — до $30,8 \pm 1,1$ ". Значительно, более чем в 3 раза, повышался ортофенантроновый тест, отмечались положительные этаноловый и протаминсульфатный (ПС) тесты. Протромбиновый индекс падал до $40,2 \pm 2,6\%$.

Таким образом, при толстокишечных стазах возникает стойкое нарушение микроциркуляции по типу микроциркуляторных тромбозов. Возможно, это является патогенетическим предрасполагающим фактором в прогрессировании острой кишечной непроходимости и последующих осложнений. Выявленные изменения требуют специфической коррекции в предоперационном и раннем послеоперационном периоде.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА КАК ПРОФИЛАКТИКА РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. С. Кунафин, В. В. Плечев, П. Г. Корнилов, А. С. Пашков, Р. Р. Шавалеев, В. А. Морзугов
г. Уфа

В связи с возросшим количеством операций на органах брюшной полости профилактика ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости (РПСН) остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Одним из факторов, при-

водящих к развитию РПСН, как известно, является стойкий послеоперационный парез кишечника (ППК).

С целью улучшения мезентериального кровообращения и стимуляции кишечника нами у 28 больных, оперированных по поводу спаечной болезни брюшины, больших послеоперационных вентральных грыж, применялся препарат из числа брыжеечных вазодилататоров — ксантинола никотинат (компламин, теоникол). Интраоперационно и в послеоперационном периоде ксантинола никотинат вводился внутривенно капельно в дозе 25 мг/кг веса, а до операции с целью предоперационной подготовки в дозе 300 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки. Кроме того, в послеоперационном периоде проводилась традиционная стимуляция кишечника прозеринном и гипертонической клизмой. В ответ на внутривенное введение ксантинола никотината во время операции визуально отмечалось появление отчетливой сегментирующей перистальтики тонкой кишки, что было подтверждено данными интраоперационной реометрии: $503 \pm 19,2$ Ом от исходных $592 \pm 16,8$ Ом ($p < 0,01$). Если ранее у больных этой категории с применением традиционной стимуляции кишечника ППК сохранялся до 3—4 суток, то на фоне ксантинола никотината отмечено появление отчетливой перистальтики уже в течение первых суток, самостоятельное отхождение газов и стула с клизмой — на 2—3 сутки после операции. Анализ регистрируемых на аппарате ЭГС-4М биопотенциалов кишечника показал, что на фоне ксантинола никотината на 2—3 сутки по сравнению с первыми 24 часами наблюдалось повышение моторной деятельности кишечника: амплитуда волн повысилась с $0,07 \pm 0,01$ мВ до $0,13 \pm 0,02$ мВ ($p < 0,01$); частота — с $3,56 \pm 0,11$ /мин до $3,83 \pm 0,12$ /мин ($p < 0,05$); показатель суммарной биоэлектрической активности (СБА) (В. К. Гостищев, 1984 г.) возрос с $0,27 \pm 0,03$ мВ/мин. до $0,61 \pm 0,1$ мВ/мин ($p < 0,01$), т. е. почти в 2 раза. В результате нормализации брыжеечного кровотока отмечено восстановление двигательной активности кишечника на 2—3 сутки после операции. РПСН в этих случаях мы не наблюдали.

Таким образом, подтверждена необходимость раннего интраоперационного стимулирования мезентериального кровообращения для профилактики послеоперационного пареза кишечника и ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости. Для этих целей в условиях любого хирургического стационара с успехом может быть применен препарат ксантинола никотинат в терапевтической дозе 25 мг/кг веса.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАКОВОГО ГЕНЕЗА

П. И. Кошелев, В. Н. Демьянов, Н. Ф. Солод
г. Воронеж

В последние десятилетия хирургическая активность в отношении больных с острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН) увеличивается и требует выработки адекватных методологических подходов к оперативному лечению. В клинике общей хирургии ВГМА в 1995—1999 гг. оперирован 121 больной с ОТКН на почве рака. Лица пожилого возраста старше 60 лет составили 74,4%, причем в 68,6% наблюдений у них имелись тяжелые сопутствующие заболевания. Лечебная тактика, сроки и объем операции были строго индивидуальными. Мы стремились к радикальному удалению опухоли. При локализации опухоли в левой или правой половинах ободочной кишки выполнялась расширенная гемиколэктомия с первичным анастомозом, резекцией большого сальника. У 21,4% больных опухоль локализовалась в правой половине ободочной кишки, у 6,5% — в поперечной ободочной кишке, у 43% — в левой половине ободочной кишки, у 23,1% — в ректосигмоидном отделе и у 7,4% — в прямой кишке. Все хирургические вмешательства были разделены на 2 группы: срочные и плановые. Срочные операции проводили в течение 6—12 часов от момента госпитализации у 83 (68,6%) больных. У 21 больного выполнены операции типа Гартмана, у 10 — гемиколэктомия с формированием первичного анастомоза, у 45 — наложение двухствольной колостомы, у 7 — обходной кишечный анастомоз. Срочные радикальные операции выполнены у 37,7% больных, паллиативные — у 62,7%. Умерли 26 больных, оперированных в срочном порядке, и летальность составила 31,3%. У 38 (31,4%) больных консервативная терапия оказалась эффективной по разрешению кишечной непроходимости, что позволило на 3—7-й день в плановом порядке выполнить хирургические вмешательства: у 4 — операцию типа Гартмана, у 26 — расширенную гемиколэктомию с первичным анастомозом, у 6 — брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной в анальный канал и у 2 — наложение двухствольной сигмостомы. В этой группе радикальные операции составили 94,7%, паллиативные — 5,3%. Летальных исходов не было.

Таким образом, несвоевременная диагностика рака толстой кишки приводит к развитию тяжелых осложнений, что обуславливает высокие показатели послеоперационной летальности в группе срочно оперированных (31,3%) больных с ОТКН. В то же время проведение консервативной терапии у больных ОТКН позволяет в 31,4% устранить кишечную непроходимость, что обеспечивает выполнение радикальных вмешательств у 55,4% больных.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А. А. Кокаля, Э. Г. Топузов, Г. А. Шишкина, Е. А. Ерохина, И. В. Станциц
г. Санкт-Петербург

В настоящее время отмечается неуклонный рост заболеваемости и смертности от рака прямой и ободочной кишки. При плановых операциях послеоперационная летальность составляет 3—12%, а при раке толстой кишки, осложненном кишечной непроходимостью, летальность достигает 27—60%. Неудовлетворенность результатами лечения рака толстой кишки побудила к поиску способов их улучшения. Важное значение в профилактике осложнений и улучшения результатов лечения имеет подготовка больных к операции.

Применили методы энтеро- и колонсорбции с целью подготовки толстой кишки к операции, детоксикации, противовоспалительного действия на стенку кишки. Использовали препарат «Лигносорб» — пасту полифепана — сорбент природного происхождения, получаемый при гидролизе древесины.

При проведении энтеросорбции доза препарата составляла 0,5 — 1 г/кг массы тела в сутки на фоне бесшлаковой диеты и приема слабительных. Больные принимали пасту по 1-й столовой ложке, разведенной в 100 мл воды, 3 раза в день. Колонсорбцию осуществляли путем подачи 500 мл раствора, приготовленного из 15%-ной пасты, через зонд, введенный в прямую кишку, с экспозицией в 10 мин, с последующим опорожнением кишки и подачей новой порции раствора. Проведение энтеро- и колонсорбции выполнялось в течение 5—7 дней и заканчивалось за 2 дня до операции, в течение которых кишку очищали от остатков сорбента посредством очистительных клизм.

У больных, которым проводилась энтеро- и колонсорбция, улучшалось самочувствие, исчезали тошнота и диарея, нормализовывалась температура тела. При микроскопическом исследовании кишечной стенки наблюдалось уменьшение лейкоцитарной инфильтрации, что свидетельствует о противовоспалительном действии сорбента. Ликвидация воспаления кишечной стенки играет роль в профилактике несостоятельности межкишечных анастомозов. Кроме того, энтеросорбенты связывают и выводят из организма как эндогенные токсические вещества, так и агрессивные остатки ферментов, желчи, слизи, продукты распада опухоли.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Л. Н. Кирилин, А. В. Юданов
г. Новосибирск

До настоящего времени обсуждается хирургическая тактика при кишечной непроходимости (КН). Предлагаем наиболее оптимальную, по нашему мнению, на основе лечения 84 больных.

При локализации опухоли в дистальных отделах прямой кишки имеется относительно безопасная возможность ликвидации КН проведением зонда выше опухоли. Операция выполняется в благоприятных условиях, по онкологическим требованиям.

После дистальных резекций толстой кишки (передняя резекция прямой, сигмэктомия) используем операцию Гартмана — 34 пациента. В случаях левосторонней гемиколэктомии, резекции поперечной ободочной, правосторонней гемиколэктомии (при крайней степени КН с развитием гнойного перитонита) заканчиваем операцию выведением дистальной и проксимальной стом в одну дополнительную рану брюшной стенки (типа операции Микулича) — 28 больных.

У пациентов с тонкокишечной непроходимостью после резекции сегмента кишки в условиях разлитого гнойного перитонита вероятность несостоятельности анастомоза достигает 70%. Поэтому для тонкой кишки показано выведение стом в одну рану брюшной стенки, располагая приводящее и отводящее колена на одной общей оси, — 22 пациента. Во избежание потерь кишечного содержимого, после купирования пареза кишечника, ликвидируем шпору между стомами и протезируем сегмент по методике клиники — управляемая энтеростомия. При наличии показаний можно и колостому реконструировать и выполнить протезирование, обеспечив пассаж по всей толстой кишке, — использовано у 12 больных.

Применение У-образного анастомоза, в т. ч. отсроченного, лишено практического смысла: стома не только не профилактирует несостоятельность, но и не отключает пассаж при ее возникновении.

Все восстановительные операции выполняем после полной компенсации показателей гомеостаза, в срок от 2 до 6 месяцев после операции. При одностольной колостоме срединным доступом или через рану после снятия стомы накладываем анастомоз конец в конец ручным (20) или аппаратным (14) швом. При наличии стомы на разделенной петле со сращенными прилегающими стенками в отсутствие рубцовой деформации у 44 больных наложен анастомоз в 3/4 окружности и у 18 резецирован сегмент, несущий стому, анастомоз конец в конец или бок в бок. На всю группу восстановительных операций у 3 больных возникла частичная несостоятельность, купированная консервативными мерами.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е. В. Кудешов, В. Я. Дивилин, Г. А. Булгаков, Ю. Н. Рыбальченко, А. А. Страдымов, Т. И. Черныш
г. Москва

Проанализированы данные о 84 больных пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) за последние 10 лет. Среди них мужчин — 54, женщин — 30 человек. 48,8% (41 человек) были старше 70 лет, 13,1% (11 больных) — старше 80 лет.

В последние годы резко возросло число обтурационной ОКН на почве рака (среди наших больных 53,6%), часто неоперабельных, осложненных перфорацией опухоли, кровотечением, что не может не сказаться на характере операций и летальности. Диагностика обтурационной ОКН у больных старческого возраста крайне затруднена, так как подавляющее большинство их поступает в стационар с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, выраженной анемией, остаточными явлениями ОНМК. Клиническая картина стертая, и даже характерные для ОКН клинико-диагностические признаки не всегда позволяют вовремя поставить диагноз. Например, пальпируемая опухоль оказывается скоплением каловых масс — «каловый камень» в атоничной кишке.

Из 45 оперированных больных с обтурационной ОКН радикальные операции выполнены у 15 (33,3%), паллиативные — у 30 (66,7%). Летальность в первой группе составила 33,3% (из 15 умерли 5), во второй группе — 56,6% (из 30 умерли 17). Общая летальность среди раковых больных составила 49%. Наличие метастазов в печень не должно являться противопоказанием к условно-радикальным операциям. Считаем необходимым также, по возможности, удаление участка кишки, пораженного опухолью, несмотря на ее размеры, распад, наличие перифокального воспаления и гнойников.

Спаечная кишечная непроходимость (29 наблюдений — 34,5%) отмечена, как правило, у лиц пожилого возраста (до 70 лет). Из других видов ОКН были: заворот сигмы — 8 больных, инвагинация — 1, туберкулез слепой кишки — 1.

Из 84 больных умерли 28 (33,3%). Причинами смерти послужили в 13 случаях сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, в 1-м — ОНМК, в 2-х — желудочно-кишечное кровотечение, в 6 — перитонит, в 4-х — водно-электролитные нарушения на фоне ОКН, в 2-х — раковая интоксикация.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. Ю. Ким, С. Е. Карашуров
г. Петрозаводск

На долю острой кишечной непроходимости (ОКН) приходится от 1,2 до 9,4% среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. По нашим данным лечения 106 больных с ОКН в хирургическом отделении клинического лечебно-профилактического учреждения (КЛПУ), за последние 15 лет эта цифра достигла 4,5%.

По видам ОКН на первом месте оказалась спаечная кишечная непроходимость — у 74 больных (69,8%), что соответствовало данным других авторов. Частота случаев спаечной непроходимости была во многом обусловлена увеличением числа релапаротомий при тяжелых перитонитах. На втором месте была обтурационная ОКН — у 19 больных (17,9%), вызванная закупоркой просвета кишки опухолью, инородными телами. Заворот кишки оказался на третьем месте — у 9 больных (8,5%). Странгуляционная непроходимость наблюдалась у 4 (3,8%) пациентов.

Хирургическая тактика при обтурации, завороте и странгуляции была только оперативной, после предоперационной подготовки. При спаечной ОКН применяли активно-выжидательную тактику. Проводилась инфузионная терапия для коррекции водно-электролитных нарушений, улучшения реологических свойств крови. Прием жидкого бария позволял контролировать пассаж по кишечнику. Большинство операций (оперировано 54,8% больных) заканчивались удалением большого сальника, назогастральной интубацией тонкой кишки.

Летальность при ОКН, по данным литературы, достигает 12–20%. По нашим данным, она составила 13,5%. Данный показатель находился в прямой зависимости от сроков начала заболевания до оказания квалифицированной помощи.

В первые 6 часов помощь оказана 18,6% больных, от 6 до 24 часов — 34,1% и позже 24 часов — 47,3%. Многообразие форм ОКН, поздняя обращаемость больных, сложность операции являются причиной высокой послеоперационной летальности.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ОЗОНОТЕРАПИИ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Б. П. Кудрявцев, А. С. Скизгоренко
г. Москва

В комплексном лечении СЭН при острой кишечной непроходимости нами учитывались стадии его развития, от которых зависела доза и методики введения озона. Выделяем стадии: рефлекторного пареза (компенсации), токсического пареза (субкомпенсации) и паралича (декомпенсации).

При этом придерживались следующих критериев:

— учитывая дестабилизирующий эффект на клеточные мембраны высоких доз озона, общая его суммарная доза, вводимая в организм пациента одномоментно за один сеанс, не должна превышать 20 мг;

— использование озонотерапии у пациентов с глубоким истощением компенсаторных механизмов и выраженными проявлениями полиорганной недостаточности должно быть патогенетически обоснованным и крайне осторожным;

— дозировка озона, вводимого в организм пациентов, находится в обратном соотношении с их возрастом;

— при сочетании в комплексном лечении СЭН различных методов, имеющих сходный механизм действия (УФО крови, лазерное воздействие, применение гипохлорита натрия и др.), применение озонотерапии должно быть обусловлено разумной достаточностью.

Парентеральное введение озонированного физиологического раствора (ОФР) в количестве 400,0 мл с концентрацией озона 1,0—1,5 мг/л начинали уже в предоперационном периоде, включая его в состав предоперационной подготовки.

Интраоперационно, после устранения источника непроходимости, проводили перитонеальный озоновый лаваж 2,0—3,0 л ОФР с концентрацией озона 4—6 мг/л.

На стадии рефлекторного пареза развития СЭН в послеоперационном периоде применяли следующие методики озонотерапии: парентеральное введение ОФР; «малую аутогемоозонотерапию»; рефлекторную озонопунктуру (РОП); ректальные инфузии озона (РИО).

На стадии токсического пареза озонотерапия включала различные сочетания методов: парентеральное и интрапортальное введение ОФР; послеоперационный перитонеальный озоновый лаваж или пролонгированную видеолaparоскопическую озоновую санацию брюшной полости; озонирование донорской крови, «большую аутогемоозонотерапию»; энтеральный озоновый лаваж; РОП; РИО.

В случае проведения УФО крови, гемосорбции или плазмафореза озонотерапию ограничивали проведением только перитонеального и энтерального озонового лаважа и РОП. Проведение сеансов ГБО сочетали с РИО, парентеральным введением ОФР и РОП. Парентеральное и интрапортальное введение озона чередовали через день в сочетании с другими методами озонотерапии.

На стадии паралича, когда СЭН являлся одним из составляющих компонентов полиорганной недостаточности, озонотерапия включала озоновые санации брюшной полости в случаях лапаростомии, перитонеальный озоновый лаваж через установленные в брюшной полости дренажи; энтеральный озоновый лаваж, парентеральное и интрапортальное введение озона.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ ИСХОДЫ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Н. И. Короткой, А. М. Ратманов, Н. А. Михайлова, С. Ю. Философов, В. В. Бурцев,
Д. В. Афанасьев
г. Иваново

За последние 15 лет (1985—1999 гг.) в клинике хирургических болезней № 1 лечебного факультета ИГМА по поводу рака толстой кишки (РТК) оперированы 1238 больных в возрасте от 18 до 87 лет, из них различные осложнения основного заболевания имели место у 151 (12,2%), в т. ч. непроходимость кишечника (НК) — у 128 (10,2%). Выделены два периода: 1-й — 1985—1991 гг.; 2-й — 1992—1999 гг. Ранее на первом этапе лечения больных с НК чаще накладывали разгрузочную колостому. За последние годы тактика изменена в сторону одномоментного выполнения радикального вмешательства.

Из 1087 пациентов с неосложненным РТК радикальные операции выполнены у 532 (49%), из которых умерло 17 (3,1%), причем послеоперационная летальность во 2-м периоде по сравнению с 1-м снизилась более чем в 2 раза (с 5,5% до 2,4%). Во втором периоде почти вдвое увеличилось число больных РТК, поступавших с явлениями НК (с 7,1% до 13,9%).

При наличии НК опухоли локализовались: в правой половине ободочной кишки — у 20 (15,7%), левой половине ее — у 61 (47%) и прямой кишке — у 47 (37,3%). Острая НК наблюдалась у 33 (25,5%), подострая — у 55 (43,1%), хроническая — у 40 (31,4%) больных. Радикальные операции произведены 62 (48,3%) из 128 пациентов с клини-

кой НК: гемиколэктомия с наложением илео- или колостомы (20), брюшно-промежностная экстирпация и брюшно-анальная резекция прямой кишки с наложением колостомы (21), резекция сигмы с наложением анастомоза (17), операция Гартмана (4).

Послеоперационные осложнения в этой группе возникли у 12 (19,3%) человек: пневмония (4), несостоятельность анастомоза (1), нагноение лапаротомной или промежностной раны (4), параилеостомический абсцесс (2), инфаркт миокарда (1). Умерли 5 (8%). Среди же больных с НК, которым были выполнены паллиативные вмешательства (66 человек), послеоперационные осложнения возникали в 1,5 раза чаще (27,3%), а летальность была почти в 3 раза выше (22,7%) по сравнению с группой радикально оперированных.

Таким образом, наш опыт подтверждает имеющиеся литературные данные о целесообразности и необходимости выполнения радикальных операций при раке толстой кишки, осложненном непроходимостью ее, уже на первом этапе оказания хирургической помощи этой группе больных.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Р. Г. Каланов, Д. И. Мехдиев, А. Х. Галлямов, М. С. Кунафин, Ф. М. Агзамов, В. М. Лукашов, И. М. Уразбагтин, Н. Р. Нагаев, З. А. Юлдашев.
г. Уфа

Мы имеем опыт лечения 348 больных с толстокишечной непроходимостью, из них 309 (88,8%) обусловленных опухолями ободочной кишки и 39 (11,2%) — неопухолезависимого генеза.

По локализации обструкции при опухолевом генезе кишечной непроходимости больные распределились: слепая кишка — 37 (11,9%), восходящий отдел — 7 (2,2%), поперечная ободочная кишка — 9 (2,9%), нисходящий отдел — 49 (15,8%), сигмовидная кишка — 148 (47,8%), ректосигмоидный отдел — 34 (11,0%), прямая кишка — 72 (23,3%).

В 143 случаях была произведена диагностическая лапароскопия, что позволило в 23 (16,0%) случаях отказаться от проведения радикального оперативного лечения в основном из-за неоперабельности опухоли и наличия отдаленных метастазов, а ограничиться лишь паллиативной операцией, в 18 (12,5%) случаях операция завершена эндоскопическим наложением колостомы или илеостомы. В 42 (29,3%) случаях произведена радикальная операция с использованием малоинвазивных технологий, в 4 (2,7%) случаях непроходимость разрешена эндоскопически при завороте сигмовидной кишки путем разворота и фиксации кишки, в 2 (1,3%) случаях непроходимость устранена путем лапароскопического сечения спаек и рубцов брюшной полости.

В 10 (23,8%) случаях была произведена лапароскопически ассистируемая левосторонняя гемиколэктомия, в 9 (21,4%) случаях — правосторонняя гемиколэктомия, в 20 (47,6%) случаях — резекция сигмовидной кишки, в 3 (7,1%) случаях — резекция поперечной ободочной кишки.

В 16 (38,0%) лапароскопически ассистируемая операция завершена выведением колостомы или илеостомы, в 26 (61,9%) случаях — наложением различных видов анастомоза.

Из 42 оперированных по данной технологии в одном случае вынуждены были перейти на широкую лапаротомию в связи с внутрибрюшным кровотечением. В послеоперационном периоде у двух больных имело место осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. Один больной умер в связи с несостоятельностью анастомоза и развитием перитонита.

Малоинвазивные методы диагностики и хирургического лечения острой толстокишечной непроходимости являются перспективным направлением в развитии оперативной колопроктологии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Д. М. Красильников, Д. М. Миргасимова, М. М. Миннегалиев, А. В. Пикуза, Р. А. Давлетшин
г. Казань

Вопросы диагностики и лечения больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) являются одними из самых сложных в ургентной хирургии. Это обусловлено неуклонным ростом числа больных с данной патологией, диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, поздним обращением в стационар, большим количеством осложнений, высокой летальностью.

В клинике хирургии № 1 КГМУ на базе РКБ МЗ РТ за период с 1989 по 1998 гг. находились на лечении 953 больных с различными видами ОКН. У 141 (14,8%) пациента в результате проведения лечебно-диагностических мероприятий непроходимость была разрешена. 812 больных оперированы, из них 171 (21%) больной — по

поводу острой обтурационной непроходимости опухолевого генеза, 227 (28%) — странгуляционной ОКН, 410 (50,5%) — спаечной ОКН, 4 (0,5%) — инвагинации. В группе больных со странгуляционной ОКН преобладали пациенты с ущемленными вентральными грыжами — 190 (23,4%), 37 (4,6%) — с заворотом тонкой и сигмовидной кишки.

В диагностике ОКН наряду с клинико-объективными и лабораторными данными важное значение имеет рентгенологическое исследование. Наиболее достоверным и информативным методом диагностики тонкокишечной непроходимости является разработанная нами эндоскопическая катетерная контрастная энтерография, позволяющая определить наличие и уровень непроходимости в течение 1,5 часа. При подозрении на толстокишечную непроходимость выполняем экстренную колоноскопию, при проведении которой возможно не только установить наличие опухоли, но и провести ее реканализацию с временным разрешением непроходимости. Кроме того, при экстренной колоноскопии в ряде случаев удается провести деторзию заворота сигмовидной кишки.

Оперативные вмешательства при обтурационной ОКН опухолевого генеза выполняем в два этапа, объем его зависит от стадии перитонита и распространения бластоматозного процесса. При ущемленных грыжах в 93% наблюдений причиной ОКН было ущемление петли тонкой кишки. Несмотря на своевременное поступление больных в стационар, в 41% случаев возникла необходимость в резекции странгулированной петли кишки в связи с ее некрозом, что в 2,8 раза чаще, чем при спаечном илеусе. При выполнении операции после устранения причины непроходимости, определения жизнеспособности кишки методом лазерной спектрофлуометрии преимущественно проводим закрытую назоинтестинальную интубацию и декомпрессию, санацию брюшной полости с использованием УФ-лазерного излучения, адекватное ее дренирование. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 51% больных, умерли 114 пациентов (14%). Наибольшая летальность наблюдалась в группе больных, оперированных по поводу обтурационной ОКН (21,1%).

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Н. В. Комаров, А. С. Маслагин, Р. Н. Комаров

г. Павлово

На базе хирургического отделения ЦРБ в 1991—1998 гг. оперированы 86 больных, не оперированы — 41 (32,3%). Позднее поступление отмечено у 32 пациентов (25,2%). Оперировано мужчин — 42, женщин — 31, детей — 13, старше 60 лет — 29. Умерли 2 больных.

Распределение больных по формам непроходимости: спаечная — 58, динамическая — 6, странгуляционная — 16 (в т. ч. заворот — 4, ущемление — 1), инвагинация — 8, обтурационная — 1, послеоперационная — 5.

При спаечной непроходимости основным вмешательством было рассечение спаек. У одного пациента дополнительно проведена аппендэктомия. Резекция кишечника выполнена у 7 больных. В условиях динамической непроходимости, на фоне мезаденита у 2 больных, поликистоза селезенки — у 1, гастроэнтерита — у 3, выполнена интубация кишечника, в одном случае — спленэктомия. При завороте сигмовидной кишки (2) проведено устранение заворота, интубация кишечника, при завороте тонкой кишки — резекция (2). При ущемлении кишки в окне брыжейки сигмовидной кишки, после устранения непроходимости, выполнено ушивание дефекта брыжейки. В условиях странгуляционной непроходимости за счет дивертикула Меккеля выполнено иссечение дивертикула у 1 больного, резекция тонкой кишки с дивертикулом — у 2. Во всех случаях инвагинации кишечника после деинвагинации проводилась аппендэктомия. Послеоперационная кишечная непроходимость возникла у 5 больных: после аппендэктомии — у 3, оперативного вмешательства по поводу острого панкреатита — у 1, холецистэктомии — у 1. Проведена интубация кишечника. При обтурационной желчно-каменной непроходимости выполнена энтеролитотомия. Обязательным правилом считаем введение в брюшную полость перед ушиванием брюшной стенки раствора полиглюкина, диоксида, гидрокортизона.

В послеоперационном периоде нагноение раны отмечено у 5 больных, перитонит — у 1, некроз стенки кишки — у 1. Релапаротомия выполнена 2 пациентам.

Разнообразие видов острой кишечной непроходимости и различие причин, вызывающих ее возникновение, создают трудности как для диагностики, так и при решении ряда лечебно-тактических вопросов. Принятая в районной больнице активная хирургическая тактика (отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения в течение 6 часов является показанием к операции) у больных с острой кишечной непроходимостью позволяет получать неплохие результаты лечения. У 32,3% больных удалось ликвидировать кишечную непроходимость путем проведения консервативных мероприятий.

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. А. Кузнецов, К. Ю. Данилов, С. В. Харитонов, М. В. Зинякова, Ю. М. Озманова
г. Москва

Наша клиника располагает опытом более 12 тысяч ультразвуковых наблюдений при различных видах кишечной непроходимости. Исследование позволяет измерить диаметр петель кишечника, толщину стенки кишки, визуализировать складки слизистой, судить о характере кишечного содержимого и перистальтических движений. Применение доплеровских методик дает возможность провести оценку состояния кровотока в бассейне *tr. coeliacus*, *a. mesenterica superior*, *v. portae*.

В диагностике механической кишечной непроходимости важным является вопрос об уровне препятствия. При высокой тонкокишечной непроходимости расширенные петли кишечника с маятникообразной усиленной перистальтикой визуализируются преимущественно в левых отделах брюшной полости, при низкой тонкокишечной — во всех отделах живота. Особенностью УЗ-картины при толстокишечной непроходимости является возможность осмотра правых и левых отделов толстой кишки. Ультразвуковое исследование позволяет не только визуализировать препятствие в кишечнике: безоар, инвагинат, опухоль, — но и судить о степени распространенности и стадии онкологического процесса (метастазы печени, селезенки, увеличенные регионарные лимфатические узлы, прорастание опухоли в окружающие ткани, наличие внутрибрюшинных осложнений).

В диагностике динамической кишечной непроходимости наряду с резким ослаблением перистальтических движений петель тонкого кишечника нередко визуализируется причина ее развития — воспалительные инфильтраты брюшной полости, ограниченная и свободная жидкость в зоне проведения оперативного вмешательства, дисциркуляторные изменения стенок тонкой кишки, характерные для продолжающегося или вялотекущего перитонита. Особую диагностическую ценность приобретают УЗ-исследования, выполняемые в динамике на фоне проведения медикаментозной стимуляции кишечника.

Наиболее информативным признаком состояния петель кишечника как при острой механической, так и динамической кишечной непроходимости является их диаметр. Нами выявлена прямая корреляционная зависимость между диаметром петель кишечника и стадией течения острой кишечной непроходимости.

Выявленные особенности ультразвуковой картины органов брюшной полости, соответствующие стадиям компенсации, суб- и декомпенсации острой кишечной непроходимости, позволяют нам проводить выбор тактики лечебных мероприятий, судить об эффективности проводимой консервативной медикаментозной терапии, определять срочность, характер и объем планируемого оперативного вмешательства.

ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ВОПРОСЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

А. Я. Коровин, С. И. Шалагинов, М. Т. Дидигов
г. Краснодар

В клинике госпитальной хирургии Кубанской медицинской академии в 1972—1999 гг. оперированы по поводу обтурационной желчно-каменной кишечной непроходимости 34 больных (женщин — 26, мужчин — 8). Диагностировать желчно-каменную кишечную непроходимость до операции удалось у 21 пациента, диагностика основывалась на анамнестических данных о наличии холецистолитиаза, имевшихся у 17 больных. На ультразвуковом исследовании, выполненном до операции у данной группы пациентов, конкрементов в просвете желчного пузыря обнаружено не было, что позволяло предполагать наличие патологического билиодигестивного соустья. 4 пациентам была выполнена диагностическая видеолапароскопия, установившая наличие инфильтрата в паравезикальной зоне на фоне раздутых петель тонкого кишечника и перитонита.

Высокая тонкокишечная непроходимость желчно-каменного генеза с обтурацией кишки в 0,5—1,5 м от двенадцатиперстно-тощейкишечного изгиба констатирована у 26 больных. У 7 пациентов препятствие локализовалось в терминальном отделе подвздошной кишки. Один конкремент вызвал высокую гастродуоденальную непроходимость и был удален из просвета двенадцатиперстной кишки.

Обтурационная непроходимость ликвидировалась путем энтеротомии (дуоденотомии) и экстракции конкремента из просвета кишки. Энтеротомическое отверстие ушивали монолитной нитью на атравматической игле в один ряд. У двух пациентов выше уровня непроходимости тонкая кишка имела участки очагового некроза и была резецирована вместе с желчным энтеролитом с созданием межкишечного анастомоза «бок в бок».

Радикальную санацию желчевыводящих путей считали обязательным патогенетически обусловленным действием. Разобшение патологического билиодигестивного соустья, холецистэктомия с ревизией желчевыводящих путей и дуоденорафией выполнены 28 пациентам. Отказ от радикальной санации желчевыводящих путей у 6

больных обусловлен тяжестью состояния пациентов, наличием тяжелой соматической патологии, старческим возрастом. Остаточный холедохолитиаз наблюдали у 1 больного. В данном случае в послеоперационном периоде выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, холедохолитэкстракции не потребовалось.

Летальность составила 8,8% (трое больных). У 2 пациентов причиной летального исхода явился острый инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность. У 1 больного имели место тромбоэмболические осложнения в раннем послеоперационном периоде.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

М. В. Кукош, Н. К. Разумовский, Н. В. Емельянов, Л. С. Золотницкая
г. Нижний Новгород

В период с 1985 по 1998 гг. в клинике факультетской хирургии НГМА находились на лечении 296 больных раком ободочной кишки (РОК). Осложненное течение РОК наблюдалось у 217 пациентов (73,3%), в том числе острая кишечная непроходимость (ОКН) отмечена у 167 больных. Большинство больных РОК, осложненным ОКН, были старше 60 лет (128 пациентов), мужчин было 74, женщин — 93. Оперированы 148 больных, после операции умерли 39 пациентов (26,3%).

С целью оценки непосредственных результатов оперативного лечения пациентов РОК, осложненным ОКН, мы разделили всех больных на 3 группы.

Первую группу составили 52 пациента, оперированных в период с 1985 по 1990 гг. Радикальные операции выполнены у 14 (27%), паллиативные — у 38 (73%) больных. Необходимо отметить, что у 7 пациентов этой группы при раке левой половины ободочной кишки выполнена цекостомия с 5 летальными исходами.

Общая послеоперационная летальность составила 40,3%.

Вторую группу составили 49 пациентов, оперированных в период с 1991 по 1995 гг. Радикальные операции произведены 29 больным (59,2%), после операции умерли 5 пациентов (17,2%). Паллиативные операции выполнены 20 больным с летальностью 30% (умерли 6 пациентов). Общая послеоперационная летальность составила 22,4%.

Третью группу составили 47 больных, оперированных в период с 1996 по 1998 гг. Радикальные операции произведены 29 больным (61,7%), после операции умерли 3 пациента (10,3%). После 18 паллиативных операций летальность составила 22,2% (умерли 4 пациента). Общая послеоперационная летальность составила 14,9%.

Таким образом, с 1991 года в тактике лечения произошли изменения в сторону повышения количества радикальных операций с 23% (первая группа) до 59,2% (вторая группа) и 61,7% (третья группа); отказа от использования цекостомии при левосторонней локализации РОК; стала систематически проводиться рациональная антибиотикопрофилактика, ультрафиолетовое облучение аутокрови.

Во второй и третьей группах у 6 радикально оперированных пациентов выполнены расширенные и комбинированные операции без летальных исходов.

При рассмотрении и непосредственных результатов лечения прослеживается устойчивая тенденция к снижению послеоперационной летальности с 42,8% (первая группа) до 22,4% (вторая группа) и 14,9% (третья группа).

Наш опыт лечения больных РОК, осложненным ОКН, показывает, что выполнение радикальных операций наряду с активной предоперационной подготовкой и оптимизацией ведения послеоперационного периода позволяет улучшить непосредственные результаты лечения этой тяжелой группы больных, снизить послеоперационную летальность. Выполнение паллиативных декомпрессионных операций допустимо лишь при наличии раковой диссеминации или крайне тяжелом состоянии больного.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОНКОЙ КИШКИ

К. М. Курбонов, М. К. Гулов
г. Душанбе

Одной из наиболее частых причин развития СЭН являются распространенные формы перитонита и непроходимость тонкой кишки, которые, как правило, сопровождаются угнетением всасывательной функции тонкой кишки.

Мы располагаем опытом лечения 48 больных с СЭН, развившейся на почве острой непроходимости тонкой кишки. Главной целью лечения СЭН являлось декомпрессия паретически измененного кишечника интубацией, комплексное лечение непроходимости кишечника в сочетании с энтеродиализом.

Из 48 больных у 20 выполняли трансназальную тотальную интубацию тонкой кишки полихлорвиниловыми зондами, а у 28 интубацию осуществляли антеградным путем с выведением дистального конца зонда наружу через цео- или аппендикостому.

В большинстве случаев (24) интубация пищеварительного тракта устраняет острую непроходимость кишечника и СЭН ввиду того, что при этом из просвета тонкой кишки удаляют от 1 до 2,5 литра застойного кишечного содержимого, что приводит к комплексному лечебному эффекту. В послеоперационном периоде у 28 больных для вымывания ядовитых продуктов и метаболитов из просвета тонкой кишки полихлорвиниловые зонды использовали для проведения энтеродиализа.

В качестве диализирующих веществ применяли солевые растворы NaCl, гемодез, фурацилин и реополиглюкин. Проточное промывание кишки проводили 21 больному через 3—4 часа после операции, доводя их число до 5—7 раз в сутки. Разовый объем диализирующей жидкости не превышал 1,5—2,0 литра и составлял в среднем 800 мл. В 7 случаях энтеродиализ носил фракционный характер. Длительность проведения интубации кишечника и энтеродиализа зависела от сроков восстановления моторной, секреторной и всасывательной функций тонкой кишки и в среднем составляла 3—5 дней.

Интубация пищеварительного тракта в сочетании с энтеродиализом оказывала положительный клинический эффект. Так, у 21 больного из 28 уменьшалась тахикардия, выравнивалось артериальное давление. На 3—4-е сутки у большинства больных (19) нормализовалось ЦВД, улучшалась микроциркуляция. Наблюдалось также снижение уровней ЛИИ, МСМ, мочевины, креатинина в сыворотке крови и повышение диуреза.

Применение интубации кишечника с энтеродиализом позволило избежать таких осложнений послеоперационного периода, как расхождение швов межкишечных анастомозов, эвентерации. Однако у 2 больных из 28 наблюдалось нагноение раны вокруг аппендикоцекстомы. В послеоперационном периоде умерли 3 больных.

Таким образом, интубация пищеварительного тракта в сочетании с энтеродиализом являются эффективными методами борьбы с СЭН, наблюдаемым у больных с острой кишечной непроходимостью.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

К. К. Козлов, С. И. Филиппов, В. Г. Папулов, Н. Ф. Остроугов, С. Б. Романчук
г. Омск

В клинике общей хирургии Омской государственной медицинской академии принята следующая тактика оказания помощи больным с острой спаечной кишечной непроходимостью. После клинического обследования больному проводят обзорную рентгенографию органов брюшной полости, лабораторное исследование. После опорожнения желудка с помощью зонда больной получает через рот 100 мл водной взвеси бария. Затем выполняют сифонную клизму. При необходимости консервативное лечение и предоперационную подготовку проводят в условиях реанимационного отделения.

При отсутствии клинического эффекта от консервативного лечения в течение 3—6 часов выполняют лапаротомию, устранение спаечной кишечной непроходимости, назогастроинтестинальную интубацию, катетеризацию корня брыжейки тонкой кишки, чресанальную интубацию ободочной кишки, дренирование брюшной полости. С целью профилактики спаечного процесса в брюшную полость вводят гидрокортизон, фибринолизин, гемодез. На операционном столе проводят растяжение сфинктера заднего прохода.

В послеоперационном периоде продолжают инфузионную терапию, введение лидокаина в корень брыжейки тонкой кишки через катетер, введенный во время операции. При необходимости проводят катетеризацию перидурального пространства, медикаментозную и электрическую стимуляцию перистальтики кишечника, лаваж кишечника через двухканальный зонд, гипербарическую оксигенацию, экстракорпоральные методы детоксикации.

В клинике за 10 лет, с 1989—1998 гг., наблюдались 187 больных с острой кишечной непроходимостью. Мужчин было 89, женщин — 98. До 6 часов от начала заболевания поступило 15,3%, до 24 часов — 59,6%, позже 24 часов — 25,1%. Оперировано 92 пациента (49,7%). Резекция тонкой кишки с наложением анастомоза выполнена у 5 больных. У двух пациентов в связи с развитием гнойного перитонита выполнена двухствольная энтеростомия. Релапаротомия выполнена у 4 пациентов. Послеоперационная летальность составила 6,7%.

КУПИРОВАНИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

К. К. Козлов, В. Н. Астафуров, А. В. Новосельцев, В. Г. Стефановский, М. В. Тятюшкин,
Н. В. Навроцкий
г. Омск

В условиях отделения гнойно-септической реанимации пролечены 83 пациента с разлитыми формами гнойно-фибринозного перитонита. Все больные велись открытым методом с тампонадой брюшной полости по Н. С. Макоха.

Перистальтическая активность кишечника оценивалась не только визуально, но и по данным электроэнтерографии. Лабораторно определяли уровень желчных кислот и альфа-амилазы в энтеральной среде и в желудке, оценивали состояние пристеночного пищеварения по гидролизу.

В среднем в энтеральной среде отмечалось снижение уровня желчных кислот до $8,6 \pm 0,4$ мг/л, а альфа-амилазы до $78,3 \pm 12$ г/час-литр. В желудочном содержимом из-за рефлюкса уровень желчных кислот повышался до $40,7 \pm 3,1$ мг/мл, а альфа-амилазы до 8600 ± 120 г/час-литр. Пристеночный гидролиз был снижен в 2,5 раза. Типичная парентеральная стимуляция с применением антихолинэстеразных препаратов и ганглиоблокаторов давала эффект разрешения паралича на 5–7 день (14 больных). Поэтому у 69 больных применена методика дополнительной энтеральной стимуляции.

Во время операции через носовой ход вводили трехпросветный зонд (один просвет в желудке, два других — в тонком кишечнике). В первый день после операции проводили промывание желудка, а со второго дня в кишечник начинали капельно вводить раствор дегидрохоловой кислоты с панкреатическими ферментами. Экспериментально было установлено, что оптимальной дозой дегидрохоловой кислоты является 5 мг/кг веса в сутки. Меньшая доза не влияет на активацию перистальтики, а большая активизирует перистальтику, но снижает пристеночное пищеварение.

Методика стимуляции кишечника сочетается с применением раннего энтерального питания оксигенизированными молочными смесями, начиная со вторых суток после операции.

Восстановление перистальтики кишечника при использовании этой методики происходит к третьему дню после операции. В это же время исчезают рефлюкс и дисбаланс желчных кислот и альфа-амилазы. Пристеночное пищеварение восстанавливается к пятому дню после операции. Клинически характерно быстрое снижение синдрома интоксикации, устранение гиповолемии при сниженной инфузионной терапии, восстановление обменных процессов и регенерации.

Методика принята как перспективная, продолжается ее применение в практике с усовершенствованием в комплексном лечении перитонитов и других форм динамической кишечной непроходимости различного генеза, а также синдрома энтеральной недостаточности.

К ЛЕЧЕНИЮ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ю. И. Калиш, К. М. Мадартов, Г. В. Хан
г. Ташкент

На базе одного из больших регионов республики изучены спектр и частота причин острой кишечной непроходимости (ОКН) по архивам хирургических отделений за 15 лет.

Установлено, что ОКН занимает 4-е место по числу госпитализированных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (после острого аппендицита, холецистита и ущемленных грыж); 3-е место по числу экстренно оперированных (после острого аппендицита и ущемленных грыж); 1-е место по послеоперационной летальности.

Среди всех причин ОКН острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) составила 45,8%, причем 65% из них поступали в отделения повторно или многократно по поводу «частичной» ОСКН.

Причинами ОСКН были перенесенные в прошлом различные операции на органах брюшной полости и лишь у 3,8% были аномалии развития и воспалительный процесс в брюшной полости.

Тонкокишечная ОСКН была в 93% случаев, толстокишечная — в 7%. Среди ее форм преобладали обтурационная — 68,7%; смешанные формы — 17% и странгуляционная — 14,3%.

В структуре послеоперационной летальности при ОСКН на первом месте стояли инфекционные осложнения — 54,2%; далее — острые осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы — 33,3%; пневмония — 8,3% и прочие заболевания — 4,2%.

Изучены отдаленные результаты в группе ранее оперированных больных с ОСКН (в среднем через 10 лет после операции). При этом выявлено, что у 78% были впоследствии эпизоды «частичной» кишечной непроходимости, а 3,6% — оперированы повторно в связи с «состоявшейся» ОСКН.

Эти две группы больных прошли всестороннее обследование и им осуществлена операция (после тщательного рассечения спаек) — тотальная назоинтестинальная интубация кишечника с лазерной сваркой в местах (точках) прилегания петель кишечника между собой. «Сварка» проводилась углекислотным лазером с помощью специальной лазерной насадки, позволяющей добиться строго заданной дозы — 100–150 Дж/кв. см на поверхность 0,5 см в диаметре. Зоны воздействия CO_2 лазера дополнительно облучали гелий-неоновым лазером, что усиливает спаечный эффект. Извлечение назоинтестинального зонда, выполняющего функцию «шинирования» тон-

кой кишки и ее декомпрессии, осуществляли на 5—7-е сутки. Как показали наши отдаленные результаты, рецидивов после такой операции не было.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Б. Н. Курязов, Б. Р. Бабаджанов
(г. Хорезм)

Под нашим наблюдением находились 29 больных, оперированных по поводу ранней острой спаечной кишечной непроходимости. Мужчин было 20, женщин — 9. Возраст больных — от 15 до 76 лет. Клинические проявления ранней ОСКН проявились в течение 1-й недели у 17 больных, в течение 2-й — у 9 и в течение 3-й недели — у 3 больных после перенесенного оперативного вмешательства.

В диагностике заболевания, кроме клинических признаков большое внимание уделяли рентгенологическим методам исследования. Учитывали также количество отделяемого по трансназальному зонду.

Объем оперативного вмешательства заключался в широком вскрытии брюшной полости, разъединении спаек брюшной полости (у 19), развороте подвздошной кишки (у 4), резекции нежизнеспособного участка тонкой кишки (у 4), наложении обходного межкишечного анастомоза (у 2), интубации тонкой кишки трансназально (у 14), через цекостому (у 14) и аппендикостомию (у 1). Для интубации кишечника использовали зонд, представляющий собой полихлорвиниловую трубку с внутренним диаметром 6—7 мм, длиной 3—3,5 м, оливой диаметром 8—10 мм на конце.

Ретроградную интубацию через цеко- или аппендикостомию применяли в случаях, требующих длительной (более 4 суток) декомпрессии кишечника у пожилых лиц, при операциях, завершающихся наложением илеостомы.

Для улучшения проведения зонда через двенадцатиперстную кишку у 4 больных выполнили рассечение Трейцевой связки и мобилизацию кишки по Кохеру. Наряду с интубацией тонкой кишки всегда производили растяжение наружного сфинктера заднего прохода по Субботину с введением через задний проход в толстую кишку зонда диаметром 1,5—2,0 см до селезеночного угла. После операции умерли 3 больных (10,6%).

У 18 больных в комплексе лечения использовали ультрафиолетовый лазер ЛГИ-21 с длиной волны 337 нм. Интраоперационно облучали всю поверхность брюшины. При изучении отдаленных результатов лечения у этой категории больных в сроки от 1 до 6 лет рецидив заболевания не отмечался.

ОРГАНО-РЕАНИМАЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС В ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

А. Б. Ларичев, А. В. Волков, С. В. Сычиков
г. Ярославль

Целью работы является патогенетическое обоснование эффективности органо-реанимационного комплекса в ликвидации синдрома кишечной недостаточности у больных с послеоперационным перитонитом.

Материал и методы. Нами анализирован опыт лечения и обследования 142 больных, оперированных по поводу абдоминальной патологии. У них в послеоперационном периоде развился общий гнойный перитонит, в связи с чем всем пациентам была выполнена операция релапаротомия, включавшая устранение источника перитонита, перитонеальный лаваж с ультразвуковой обработкой брюшины, тотальную декомпрессионную интестинальную интубацию и дренирование брюшной полости. 65 пациентам потребовалась этапная санационная релапаротомия с тем же объемом интраоперационных манипуляций. Для ликвидации пареза после операции использовали перидуральную анестезию и медикаментозную стимуляцию кишечника. Эффективность применяемых органо-реанимационных мероприятий в абдоминально-спланхической сфере оценивалась результатами клинических, биохимических и электроэнтерографических исследований.

Результаты. Нашими исследованиями установлено, что своевременная механическая декомпрессия кишечника в виде тотальной иммобилизирующей назогастроинтестинальной интубации способствует эвакуации токсического кишечного содержимого и создает предпосылки для восстановления перистальтики. Интралюминарное введение оксигенированного раствора глюкозы предотвращает ишемическую деструкцию тонкой кишки, сохраняет жизнеспособность и структурную целостность энтероцитов и обеспечивает возможность регенерации уже имевшегося повреждения слизистой оболочки. Перидуральная анестезия оказывает позитивное влияние на восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника. Оптимальная двигательная активация тонкой кишки наблюдалась при использовании с этой целью адреноблокаторов и симпатолитиков.

Выводы. Применяемый нами органо-реанимационный комплекс в абдоминально-спланхнической сфере создает оптимальные условия для быстрейшего восстановления двигательной функции кишечника. В результате наблюдается снижение летальности у данной категории больных на 12%.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

А. Б. Ларичев, С. Е. Александров, А. В. Волков, М. В. Сапронова, В. Е. Галанина
г. Ярославль

Введение. Актуальность проблемы острых заболеваний брюшной полости определяется частым развитием тяжелых осложнений в виде распространенных форм перитонита и высоким уровнем летальности, которая достигает 66,9%. В структуре перитонита гинекологические заболевания, на первый взгляд, занимают довольно скромное место — 10,5%. Если же провести расчет этого показателя только среди женщин, то его величина возрастает до 21%. В последнее десятилетие отмечается особая тяжесть течения перитонита такого происхождения, что обусловлено выраженностью паралитической кишечной непроходимости с декомпенсацией функции кишечника и брюшины.

Материалы и методы. В период с 1991—1999 гг. под нашим наблюдением находились 69 женщин, которые были оперированы по поводу воспалительных заболеваний женских половых органов, осложненных перитонитом, вышедшим за пределы малого таза. 62,5% пациентов были госпитализированы по экстренным показаниям. Средний возраст больных составил 36,5 года.

У 26 больных наблюдалось тотальное поражение брюшины, которое сопровождалось угнетением двигательной и всасывательной функции тонкой кишки. В связи с такой биорганной декомпенсацией (функциональная недостаточность брюшины и кишечника) наряду с устранением источника перитонита была выполнена тотальная интубационная декомпрессия назогастроинтестинальным путем. Санацию брюшной полости заканчивали с помощью перитонеального лаважа с ультразвуковой обработкой брюшной полости, который проводился во время первичной операции и у 4 больных — в ходе этапного санационного лаважа. После операции комплекс лечебных мероприятий дополнялся энтеральным лаважом оксигенированным раствором глюкозы и интенсивной рациональной антибактериальной терапией.

Результаты. В послеоперационном периоде у больных исследуемой группы в течение 3—4 суток отмечалось купирование явлений пареза желудочно-кишечного тракта. Среди осложнений отмечено формирование инфильтрата малого таза в двух наблюдениях, у одной пациентки — нагноение раны, в одном наблюдении имело место формирование межкишечного гнойника. Умерли 5 пациенток. Причиной летального исхода во всех случаях было прогрессирование полиорганной недостаточности.

Выводы. Таким образом, при общем гнойном перитоните акушерско-гинекологического происхождения, когда имеется декомпенсация функции кишечника и брюшины, использование комплекса органо-реанимационных мероприятий в абдоминально-спланхнической сфере патогенетически оправданно. Тотальная назогастроинтестинальная интубация, перитонеальный лаваж с ультразвуковой обработкой брюшной полости во время первичной операции и в ходе этапных санационных лапаротомий, а также энтеральный лаваж позволяют ликвидировать биорганную недостаточность. Имеющийся уровень летальности — 19,2% — следует расценивать как результат эффективного лечения больных с рассматриваемой патологией. Данный метод может быть рекомендован к применению во всех гинекологических стационарах, оказывающих urgentную помощь.

ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ ПСЕВДОИЛЕУС ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Р. З. Латыпов, В. В. Плечев
г. Уфа

Острая кишечная непроходимость занимает одно из первых мест в экстренной патологии органов брюшной полости. Если вопросам острой механической кишечной непроходимости в литературе уделено достаточное внимание, то толстокишечный псевдоилеус не только является непонятным термином для широкого круга хирургов, но и разделом медицины, не имеющим в настоящее время лечебно-тактической ориентировки.

Известно, что толстая кишка из всех органов пищеварительного тракта является наиболее чувствительной к ишемии ввиду природной уязвимости ее кровоснабжения, и именно она с ее мощным нейрорефлекторным аппаратом бурно реагирует на малейшие изменения объемного интрамурального кровотока. Зачастую симптомокомплекс толстокишечного псевдоилеуса полностью соответствует клинике острой механической кишечной непроходимости, что требует от врача особой настороженности, так как неоправданные чревосечения на фоне ишемизированного кишечника

приводят, как правило, к некупирующейся паралитической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде.

По данным отделения абдоминальной хирургии больницы № 6 г. Уфы, республиканского сосудистого центра, среди 192 пациентов с окклюзией терминального отдела аорты клиника толстокишечного псевдоилеуса имела место у 34 (17,7%) больных. При этом проводимая интенсивная терапия с назначением спазмолитиков, ксантинола никотината, реоэргументов и гепарина, как правило, приводила к купированию приступа непроходимости.

Летальный исход отмечен у одной пожилой больной, поступившей в клинику спустя трое суток с момента заболевания с признаками паралитического расширения правой половины толстой кишки, поперечник которой составил 18–20 см. Предпринятая открытая декомпрессия кишечника путем наложения цекостомы оказалась безуспешной, и смерть наступила на фоне прогрессирующего перитонита.

Таким образом, огромным подспорьем в выявлении истинной причины непроходимости, кроме классических клинко-рентгенологических исследований, может служить обычная пальпация и аускультация магистральных сосудов, особенно брюшной аорты и подвздошных артерий. Все это следует считать обязательным исследованием, используемым в общем комплексе арсенала диагностических методов и средств.

СИНДРОМ ОГИЛВИ

Н. П. Лебедев, В. В. Свиридов, В. А. Семенский, В. Е. Оловянный
г. Северодвинск

Синдром Огилви (СО), или острая паралитическая непроходимость толстой кишки, встречается крайне редко. В зарубежной печати опубликовано 400 наблюдений, в отечественной — около 15. Причина заболевания не всегда ясна, чаще объясняется нарушением симпатической иннервации. Характеризуется резким растяжением последней при отсутствии механического препятствия. Возникает на фоне тяжелого заболевания или оперативного вмешательства. Летальность при СО достигает 50–60%.

С 1991 по 1999 годы мы наблюдали трех больных с резким расширением ободочной кишки при отсутствии механического препятствия.

Больная М., 28 лет, поступила в ЦББ им. Семашко г. Архангельска в 1991 г. с подозрением на острый панкреатит. Страдает хроническим пиелонефритом. Нарастали признаки кишечной непроходимости — схваткообразные боли, рвота, вздутие живота. На обзорной R-грамме брюшной полости видна резко раздутая слепая кишка. Через двое суток произведена срочная лапаротомия. Слепая кишка раздута до 20 см в диаметре, восходящая — до 12 см, остальные отделы ободочной кишки раздуты меньше. Произведена трансректальная интубация ободочной кишки на двое суток, больная выздоровела.

Двое больных пролечены в Северодвинской городской больнице № 2.

Больная Т., 64 года, 7.10.94 г. произведена правосторонняя люмботомия, нефрэктомия по поводу коралловидного камня правой почки, пионефроза, гнойного паранефрита. Послеоперационное течение тяжелое, на 2-е сутки развились признаки ОКН. На обзорной R-грамме слепая кишка раздута до 24 см. Срочная лапаротомия. Ободочная кишка во всех отделах раздута до 20 см в виде баллона. Наложена цекостома. Через двое суток состояние больной улучшилось, функция желудочно-кишечного тракта восстановилась. Больная выздоровела. В 1989 г. оперирован сын этой больной, произведена уретеролитотомия. В послеоперационном периоде отмечались признаки стойкой паралитической непроходимости, которые удалось разрешить консервативно.

Больная Ш., 41 год, 8.04.99 г. поступила в гинекологическое отделение с острым эндометритом на фоне ВМС. В течение четырех суток беспокоили боли в животе, подъем температуры до 40°C. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются множественные чаши Клойбера, раздутая до 12 см ободочная кишка. 9.04.99 г. произведена срочная лапаротомия. Ободочная кишка баллонообразно раздута до 12–15 см, тонкая кишка — до 5 см. Во всех отделах брюшной полости мутный серозный выпот. Наложена цекостома. Функция кишечника восстановилась на 4-е сутки. Послеоперационное течение тяжелое, с нагноением операционной раны.

В двух случаях трансректальную интубацию выполнить не удалось ввиду расширения всех отделов ободочной кишки, напряжения кишечной стенки, что могло привести к повреждению кишки при манипуляции. Во всех случаях типичность клиники, рентгенологических признаков и выявленного во время операции резкого расширения ободочной кишки позволили нам предположить у больных синдром Огилви. Все больные выздоровели.

ДИАГНОСТИКА РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Г. М. Лукьянова, А. А. Акифьев, Г. Ю. Цирдава
г. Нижний Новгород

Цель. Оценка эффективности метода ранней диагностики острой кишечной непроходимости (ОКН) по совпадению локализации местных клинических симптомов и рентгенологических данных в одной области живота.

Материал и методы исследования. На основании изучения клинических и рентгенологических данных у 190 больных с острой спаечной непроходимостью в возрасте от 1 года до 15 лет было выделено 3 стадии течения ОКН: 1-я — стадия ранних симптомов, 2-я — выраженных симптомов, 3-я — поздних симптомов.

Для 1-й стадии характерно удовлетворительное состояние больного, схваткообразные боли в животе, рвота, задержка газов. В этой стадии отмечается асимметрия живота, тимпанит над областью асимметрии, наибольшая локальная болезненность, усиленная перистальтика над местом препятствия. При рентгенологическом исследовании выявляется атипичное скопление газов или 1—2 «воздушные арки» в тонкой кишке, отсутствие газа в толстой кишке или небольшое его количество. Следует отметить, что в этой стадии заболевания клинические и рентгенологические симптомы локализируются в одной области живота.

Во 2-й стадии наблюдается состояние средней тяжести, тахикардия, задержка стула и газов. Такие симптомы, как асимметрия, высокий тимпанит над местом асимметрии, локальная болезненность, видимая на глаз перистальтика, уже выражены более отчетливо. В этой стадии появляется шум плеска. При рентгенологическом исследовании имеются 1—2 «воздушные арки», 2—3 чаши Клойбера. Газ в толстой кишке содержится в небольшом количестве.

Для 3-й стадии характерно тяжелое состояние больного, выражена тахикардия, неоднократная рвота, задержка стула и газов. Живот равномерно вздут, кишечные шумы не выслушиваются, резко выражены шум плеска, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При рентгенологическом исследовании — множественные горизонтальные уровни в тонкой кишке. Газ в толстой кишке нет.

Совпадение локализации местных симптомов и рентгенологических данных в одной области живота позволяет выставить ОКН уже в 1-й стадии заболевания и определить показания к срочному оперативному вмешательству. В неясных случаях производится контрастное исследование желудочно-кишечного тракта взвесью бария, охлажденной до 4-х градусов, которая в норме у детей достигает слепой кишки за 1,5 часа.

Результаты. Используя вышеуказанный метод, нами в первые 2 часа с момента поступления в 1-й и 2-й стадиях заболевания было оперировано 70,7% больных. При этом из 70 детей — 21 (31%) оперированы в первые 6 часов с момента заболевания, 29 (41,8%) — в первые 12 часов с момента заболевания, 5 (7%) — спустя 24 часа. Летальных исходов не было.

Вывод. Использование метода диагностики по совпадению локализации местных клинических симптомов и рентгенологических данных в одной области живота дает возможность установить наличие механического препятствия по ходу кишечника и выставить показания к раннему оперативному вмешательству.

МЕСТО И РОЛЬ ПРОКСИМАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

В. А. Лысенко, Ф. С. Жижин, С. В. Сысоев
г. Ижевск

Цель исследования. Определить показания, обоснованность и возможность выполнения субтотальной проксимальной колэктомии при острой толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 138 больных осложненным раком ободочной кишки. С острой обтурационной толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии было 87 пациентов (63%), у 43 больных непроходимость носила подострый или хронический характер, 8 пациентов поступили с перфорацией опухоли. Преобладали опухоли левой половины ободочной кишки, отмеченные у 83 пациентов (60,2%).

Результаты и выводы. При 21 умершем больном послеоперационная летальность составила 15,2%. Радикально и условно-радикально оперированы 102 пациента с летальностью 15,7% (16 больных), паллиативные операции выполнены у 36 больных. Следует отметить, что у 7 из 102 пациентов встретилась первичная множественность локализации опухоли: сочетание опухоли и полипоза ободочной кишки у 4 больных, двойная локализация опухоли ободочной кишки у 2 больных, в 1 случае флегмона кишки в сочетании с опухолью. Множественность локализации опухолей толстой кишки при стандартных подходах к объему операций допускает условный радикализм вмешательства в силу экстренности операции. В этой связи заслуживает внимания опыт выполнения проксимальной субтотальной колэктомии. Другим показанием к выпол-

нению этой операции считаем сочетание обтурирующей опухоли толстой кишки с тромбозом другого сегмента толстой кишки, что имело место у одного наблюдаемого нами больного.

У 11 больных (7,9%) выполнена субтотальная проксимальная колэктомия с наложением илеосигмоанастомоза «бок в бок» или «конец в бок». Умерли 2 пациента от тромбозмболии легочной артерии и послеоперационного перитонита.

На наш взгляд, обоснованность субтотальной проксимальной колэктомии состоит в следующем:

а) обширная мобилизация большей части толстого кишечника с опухолью и дистального отдела подвздошной кишки создает условия для «закрытой» декомпрессии ЖКТ во время операции;

б) анастомоз накладывается на малоизмененных тканях, что значительно снижает риск возникновения несостоятельности швов анастомоза;

в) обширная мобилизация толстого кишечника позволяет удалить вместе с брыжейкой лимфатические коллекторы, возможные пути метастазирования, что повышает радикализм операции;

г) исключается вероятность пропуска дополнительной локализации опухолевых процессов;

д) операция заканчивается первичным наложением межкишечного анастомоза, что исключает повторное оперативное вмешательство и сокращает период медико-социальной реабилитации в сравнении с операциями, заканчивающимися колостомами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

В. Д. Мазунин

Краснодарский край

Под нашим наблюдением находились 133 пациента с толстокишечной непроходимостью опухолевой этиологии (ТНОЭ) от 19 до 94 лет, среди них мужчин — 57 (43%), женщин — 76 (57%).

Диагностика основывалась на клинко-рентгенологических исследованиях, в ряде случаев при разрежившихся явлениях ТНОЭ применялась сонография органов брюшной полости. В результате обследования по локализации опухолей выявлено, что в правой половине толстой кишки опухоли выявлены в 17,3% случаев, а в левой — в 82,7% случаев.

Объем и сроки оперативных вмешательств зависели от степени выраженности непроходимости, сроков госпитализации, наличия сопутствующих заболеваний, признаков перитонита, а также от уровня квалификации хирурга.

Основная часть пациентов (94%) была оперирована в первые 2–8 часов от момента поступления, что было обусловлено отсутствием эффекта от проводимой консервативной терапии и клиникой перитонита, необходимостью проведения обследования и предоперационной подготовки.

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки предпочтение отдавали односторонней правосторонней гемиколэктомии с анастомозом «бок в бок», при условии отсутствия разлитого перитонита. При локализации опухоли в левой половине толстой кишки операцией выбора была операция типа Гартмана, т. е. мы стремились к первично-радикальному лечению этой патологии.

Мы считаем, что паллиативные операции в виде различных колостом, как первый этап лечения ТНОЭ, показаны при: а) тяжелом состоянии больного; б) разлитом гнойном перитоните; в) распространении опухоли за пределы кишечной стенки с вовлечением забрюшинного пространства и прорастанием в окружающие органы.

Летальность среди больных, перенесших первично-радикальные и условно радикальные (операции типа Гартмана) составила 4 случая (8,7%), среди лиц после паллиативных вмешательств — 13 (14,9%) случаев. Основными причинами летальных исходов явились: прогрессирование перитонита — 5; отхождение колостомы и развитие перитонита — 2; тромбозмболии — 3; сердечная и дыхательная недостаточность — 5; несостоятельность швов — 2 случая. Всего общая летальность составила 12,8%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. А. Майстренко, А. А. Курыгин, Ю. Н. Сухопара

г. Санкт-Петербург

Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость (РПКиН) является одной из важнейших хирургических проблем, что обусловлено высокой летальностью и частой инвалидизацией больных.

Анализ 217 случаев РПКН позволил сформулировать диагностический и лечебный алгоритмы и установить зависимость между клинико-инструментальными критериями и характером оперативного вмешательства.

Своевременная диагностика РПКН в первой ее стадии у 78% больных позволила выполнить лапароскопическое вмешательство в 25% случаев спаечной непроходимости. Все традиционные операции завершались интубацией тонкой кишки. Послеоперационное лечение включало в себя инфузионно-трансфузионную и антибактериальную терапию, экстракорпоральную и энтеральную детоксикацию, длительную эпидуральную и ганглионарную блокады, дополнительные методы стимуляции моторной функции кишечника.

Диагностика РПКН важна именно в ее первой стадии (компенсации), когда сохранена сократительная активность кишки, отсутствует ее значительное расширение, не развивается синдром энтеральной недостаточности, водно-электролитные расстройства и микробная транслокация. Этот принцип позволяет шире выполнять эндовидеохирургические вмешательства, снизить в 2 раза летальность, улучшить результаты лечения и уменьшить материальные затраты.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. И. Макаров, Б. А. Сотниченко, Г. Н. Дублев
г. Владивосток

К редко встречающимся видам острой кишечной непроходимости относится непроходимость, обусловленная дивертикулами, инородными телами, внутренними грыжами и т. д. В общей структуре непроходимости они составляют, по нашим данным, 1,9%, а среди больных, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу илеуса, — около 2,5%.

За 30 лет в клинике факультетской хирургии находился на лечении 51 больной с различными редкими видами острой кишечной непроходимости, причиной которой явились: дивертикул Меккеля (17 больных), болезнь Крона (14), стриктура подвздошной кишки (5), желчно-каменная болезнь с образованием пузырно-дуоденального свища и обтурацией кишки камнем (3), оставленные в брюшной полости после предыдущей операции салфетки (2) и зажимы (1), инородные тела в просвете кишки (3), добавочная поджелудочная железа в тонкой кишке (1), циркулярное сдавление сигмовидной кишки воспаленной жировой подвешкой (1), ущемление тонкой кишки в окне брыжейки толстой кишки (3) и Винсловом отверстии (1).

В клинической картине непроходимости каких-либо особенностей не отмечено. У 15 поступивших она развивалась постепенно, у 2 в анамнезе имелись указания на печеночные колики, 18 — оперированы ранее по поводу различной патологии. Только у 6 больных правильный диагноз установлен до операции, 17 пациентам выполнено удаление дивертикула Меккеля, 5 — резекция тонкой кишки, 8 — энтеротомия, 8 — наложен ободочной энтеро-энтероанастомоз. У 14 поступивших с болезнью Крона ограничили лапаротомией и дренированием брюшной полости. Умерли 2 больных.

В диагностике указанных видов илеуса нет необходимости стремиться к точному установлению предоперационного диагноза, так как это не влияет на выбор хирургической тактики. При болезни Крона не всегда представляется возможным исключить механическую природу непроходимости у ранее оперированных больных.

Основой профилактики является своевременное оперативное лечение желчно-каменной болезни, тщательная ревизия брюшной полости при выполнении оперативных вмешательств.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Н. А. Макаров, Н. Ф. Смирнов, А. В. Затачаев, В. Н. Волошин
г. Нижний Новгород

В клинике хирургии ИПО ГУ НГМА за последние 10 лет находились 307 больных с опухолями прямой и ободочной кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью, в возрасте от 40 до 85 лет. Из них старше 60 лет — 215 больных.

С компенсированной стадией поступило 37 больных, с субкомпенсированной — 43 больных, с декомпенсированной — 227 больных. Радикально оперированы 179 больных, паллиативные операции выполнены у 128 больных. При радикальных операциях мы отдаем предпочтение операциям, направленным на первичное удаление опухоли. При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза «конец в бок» выполнена у 32 больных, 2 больным наложен У-образный илеотрансверзоанастомоз, 7 больным произведена операция Лахей.

При локализации опухоли в поперечно-ободочной кишке, левой половине ободочной кишки — резекция участка ободочной кишки согласно онкологическим принципам: резекция поперечно-ободочной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, резек-

ция сигмовидной кишки с наложением анастомоза «конец в конец» или наложением колостомы с последующей реконструктивно-восстановительной операцией. Всего сделано 10 резекций сигмовидной кишки с формированием анастомоза «конец в конец», 22 левосторонних гемиколэктомий с формированием колостомы, 10 обходных анастомозов, и у 78 больных проведено наложение колостомы. Летальность в группе радикально оперированных составила 22,6%, при паллиативных операциях летальность составила 40,1%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

К. И. Махаров, С. С. Ганиходжаев, Г. В. Хан
г. Ташкент

С 1995 по 1999 гг. в клиники института было госпитализировано 317 больных в возрасте от 18 до 84 лет с диагнозом «острая кишечная непроходимость». Более чем 31% больных были в возрасте старше 64 лет, мужчин было 185, женщин — 132.

Большинство больных — 59% — поступили в стационар позже 24 часов от начала заболевания.

Различные оперативные вмешательства были выполнены 291 больному. Так, в первые 2—4 часа оперировано 53,5% больных, через 5—6 часов — 22,3%, через 7—12 часов — 10,2%, через 13—24 часа — 7,6% и позже 24 часов — 6,4% больных.

У 201 больного (63,97%) выявлена спаечная кишечная непроходимость с наличием в анамнезе одной или нескольких операций на органах брюшной полости. Значительно реже наблюдали узлообразование (3,9%), заворот (1,3%), инвагинацию (0,9%), обтурационную (27,7%) и динамическую кишечную непроходимость.

У 74 (44,58%) больных выполнено рассечение спаек, у 25 (15,92%) — резекция кишки. У 18 больных со странгуляционной непроходимостью в 12 случаях рассечены спайки, у 4 больных с заворотом слепой кишки произведен разворот последней, у 3 больных с инвагинацией — дезинвагинация и в 2 случаях — резекция кишки. Из 67 (21,75%) больных с обтурационной кишечной непроходимостью ее причиной явилась опухоль толстого кишечника в 57 случаях (18,55%), в 10 случаях — фитобезоары. В 10 случаях больным с опухолью толстого кишечника выполнены радикальные оперативные вмешательства, а в остальных — паллиативные. У больных с безоарами в 7 случаях произведена энтеротомия и их удаление и в 3-х — фрагментация и низведение фрагментов безоаров в просвет толстого кишечника.

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: нагноение раны — 15 случаев, недостаточность анастомозов с развитием перитонита — 16, инсульт — 1, инфаркт миокарда — 3. Летальность составила 11,03%.

Сроки поступления больных в стационар, возраст, сопутствующие заболевания, генез кишечной непроходимости, адекватная предоперационная подготовка, а также выбор оптимальной тактики и объема операции являются слагаемыми успеха в лечении этой сложной категории больных.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Б. Д. Мальгин, Е. Ю. Левчик, В. Н. Климушев, А. А. Власов
г. Екатеринбург

В 1995—1999 гг. выполнены 48 восстановительных операций у 49 пациентов (31 мужчина, 9 женщин) в возрасте от 18 до 70 лет по поводу кишечных свищей, возникших после оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости. Несформированных было 32 (66,7%), сформированных — 16 (33,3%), полных — 18 (37,5%), неполных — 30 (62,5%). Множественные свищи у 23 (47,9%), одиночные — у 25 (52,1%); по 2 свища было у 12 пациентов, у 11 — по 3 и более фистул. Внутренние свищи у 3, сочетанные тонко- и толстокишечные — у 8 больных. 11 множественных свищей были соседними, 12 — отдаленными. Свищей толстой кишки было 3,18 наружных свищей открывались в полость абсцесса или гнойную рану, а 13 — в гранулирующую рану брюшной стенки. У 44 (91,7%) пациентов были высокая и низкая спаечная кишечная непроходимость, полная — у 18 (37,5%). Абсцессы брюшной полости были у 19 (39,6%) больных, из них у 11 — множественные; распространенный перитонит — у 7 (14,6%). 35 (72,9%) операций выполнены на фоне кахексии 1—3 ст., 44 (91,7%) — свищевого дерматита 1—3 ст. Плановые операции выполнены у 15 (31,25%) пациентов, оперированы в срочном и экстренном порядке 33 (68,75%) пациента, средний койко-день до операции 16,5 суток. Доступ через рану брюшной стенки выполнен у 16 (33,3%), разрез, окаймляющий рану или свищ, — у 19 (39,6%), комбинация разрезов в стороне и в зоне свища — у 13 (27,1%) пациентов. Основными этапами 44 (91,7%) операций были полный/неполный энтеролизис, ликвидация свищей путем пристеночной, клиновидной или круговой резекции петли кишки, восстановление непрерывности пищеварительного тракта.

У 28 (58,3%) пациентов одновременно с восстановительными вмешательствами на кишечнике выполнены вспомогательные; в 11 (22,9%) наблюдениях вскрытие изолированных внутрибрюшных гнояников, флегмон и абсцессов брюшной стенки были выполнены ранее. В 4 случаях свищи были преобразованы в энтеростомы, еще в 7 наблюдениях при выполнении восстановительных операций в условиях перитонита, множественных абсцессах брюшной полости энтеростомия через соседние участки тонкой кишки была выполнена одновременно с ушиванием свища или анастомозом. Все эти больные погибли, в т. ч. вследствие потерь кишечного содержимого, внутрибрюшных осложнений энтеростомии. У 4 пациентов осуществлена закрытая декомпрессия тонкой кишки, умер 1 пациент. Осложнения операции возникли в 38 (79,2%) наблюдениях: десерозирование ближайших и отдаленных от свища участков кишки (24 — 50%), перфорации тонкой и толстой кишки (18 — 37,5%), внутрибрюшное кровотечение — 1 (2,1%), массивное каловое инфицирование брюшной полости — 10 (20,8%), повреждение мочевого пузыря — 2, (4,2%), мочеточника — 1 (2,1%). Ушивание свищей и анастомозы выполняли двухрядными узловыми швами, в 35 (72,9%) наблюдениях кишечные швы и соустья укрывали отечественными компактно-пористыми коллагеновыми эксплантатами, у 6 больных — коллагеновой губкой с хорошим результатом укрыли десерозированные участки кишечной стенки. Брюшную полость и операционную рану дренировали у 45 (93,75%) больных; у 7 (14,6%) выполнены плановые, у 12 (25%) — релапаротомии по неотложным показаниям. У 7 пациентов операции завершены пластикой брюшной стенки, в т. ч. у 3 — аллотрансплантатом. Умерли 15 (37,5%) пациентов.

Таким образом, результаты лечения кишечных свищей, осложняющих операции по поводу спаечной кишечной непроходимости, не могут считаться удовлетворительными; в дальнейшей разработке нуждаются как тактические, так и технические вопросы их оперативного лечения.

АВТОНОМНЫЙ БИПОЛЯРНЫЙ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯТОР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. Г. Мартусевич, В. И. Тихонов
г. Томск

Автономный биполярный электростимулятор желудочно-кишечного тракта (АБЭС ЖКТ) представляет собой капсулу размером 20x10 мм, выполненную из двух металлических полусфер-электродов, между которыми находится диэлектрик. Внутри капсулы герметично размещены генератор электрических импульсов и блок питания. Включение электростимулятора происходит автоматически при соприкосновении его электродов с токопроводящей средой пищеварительного тракта. При этом на электроды поступают низкоэнергетические, прямоугольные импульсы, сформированные в пачки, с определенной частотой, длительностью и полярностью. АБЭС ЖКТ применяется внутрь путем проглатывания. Электрические импульсы, воздействуя на нервно-мышечные структуры пищеварительного тракта, способствуют восстановлению его моторно-эвакуаторной функции.

Нами АБЭС при острой кишечной непроходимости применяется в следующих схемах: 1) для дифференциальной диагностики между динамической и механической причинами непроходимости. При этом, отказываясь от традиционного пассажа бария, мы получаем ряд преимуществ: электростимулятор по просвету расширенного приводящего отдела кишечника за счет электроимпульсного раздражения значительно быстрее, чем бариевая взвесь, достигает зоны механического препятствия. В случае динамической непроходимости электростимулятор восстанавливает моторику кишечника и способствует не только уточнению диагноза, но и эффективно купирует основные проявления заболевания. Применение АБЭС ЖКТ не исключает рентгенологического исследования. 2) во время оперативного вмешательства по поводу острой кишечной непроходимости мы практикуем введение АБЭС ЖКТ интраоперационно в дистальный отдел кишки (если устранение причины связано с резекцией кишки либо вскрытием ее просвета). Операция без вскрытия просвета кишки завершается введением в раннем послеоперационном периоде электростимулятора в просвет ЖКТ путем проглатывания. Согласно нашим наблюдениям, это значительно облегчает течение послеоперационного периода у данной категории больных.

АБЭС ЖКТ по вышеуказанным показаниям применен нами у 56 пациентов с различными формами острой кишечной непроходимости. В 29 случаях электростимулятор применен с дифференциально-диагностической целью. Эффективность при применении АБЭС с диагностической целью составила 100%, эффективность с профилактической целью составила 75%. В остальных 25% случаев электростимуляцию пришлось дополнять медикаментозной терапией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. С. Маскин, В. И. Егоров, А. И. Старовидченко, И. В. Счастливец, А. В. Запороженко,
А. Г. Бутхузи
г. Волгоград, г. Москва

Проведен анализ результатов формирования межкишечных анастомозов при кишечной непроходимости (КН) в клиниках госпитальной хирургии Волгоградской медицинской академии и общей хирургии РГМУ. Изучали результаты в двух группах оперированных больных, сравнимых по характеру патологии: 1 — анастомозы формировали двухрядными узловыми швами (ДШ) капроном, 2 — однорядными узловыми и непрерывными швами (ОШ) современными рассасывающимися (викрил, полисорб, максон, ПДС-II, биосин) и нерассасывающимися (пролен, саджипро, корален) шовными материалами условных размеров 3/0—6/0.

При тонкокишечной непроходимости (спаечная, ущемленные грыжи и др.) в 1-й группе выполнено 57 операций, несостоятельность анастомозов отмечена в 8 случаях (14,1%). Во 2-й группе сформировано 34 анастомоза непрерывными (ОШ) рассасывающимися шовными материалами — несостоятельность отмечена в одном случае (2,9%).

При толстокишечной непроходимости (в основном компенсированной и субкомпенсированной) опухолевой этиологии в 1-й группе выполнено 149 операций, несостоятельность анастомозов отмечена в 21 случае (14,1%). Во 2-й группе сформировано 204 анастомоза узловыми и чаще непрерывными ОШ, несостоятельность развилась в 4 случаях (1,96%).

Всего ОШ применен у 238 больных, несостоятельность анастомозов возникла у 5 (2,1%). При анализе результатов формирования межкишечных анастомозов обращает внимание значительное снижение частоты несостоятельности анастомозов при ОШ: при тонкокишечной непроходимости в 4,9 раза — с 14,1 до 2,9%, при толстокишечной — в 7,2 раза — с 14,1 до 1,96%. Это обусловлено преимуществами ОШ перед ДШ — проведенные нами экспериментальные исследования убедительно доказывают преимущества ОШ при формировании анастомозов как на неизменном кишечнике, так и в условиях КН.

Таким образом, восстановление целостности кишечника при КН необходимо осуществлять непрерывными (ОШ) рассасывающимися атравматическими шовными материалами условных размеров 5/0—6/0, что позволяет расширить показания для первичного восстановления непрерывности кишки, улучшить условия для заживления анастомоза и снизить риск и частоту несостоятельности.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

С. С. Маскин, А. И. Наумов, А. И. Старовидченко, И. А. Дорошев, И. М. Шварцман, А. Г. Бутхузи
г. Волгоград, г. Москва

Целью исследования было определение диагностической значимости ультразвукового исследования (УЗИ) в выборе тактики лечения толстокишечной непроходимости (ТН).

В исследование включен 121 больной с ТН. Проводили клинко-лабораторное, рентгенологическое и ультрасонографическое обследование, по показаниям выполняли ректо- или колоноскопию. УЗИ выполняли на аппаратах SSD-250, SSD-630, SSD-650 («Aloka»), SSA-90 («Toshiba»), «Sonoline» («Siemens»). Длительность заболевания свыше суток была у 97,5% больных (94,4% — справа и 98,8% — слева), свыше 3 суток — у 77,7% (69,4% — справа и 81,2% — слева), свыше 7 суток — у 38,1% (22,3% — справа и 44,8% — слева). Больных с левосторонней локализацией рака толстой кишки (ТК) — 85 из 121 (70,2%). При УЗИ оценивали диаметр тонкой и ТК, складки слизистой и гаустры, толщину стенок и характер перистальтики, наличие симптома внутрипросветного депонирования жидкости (СВДЖ) при первом УЗИ, повышенную пневматизацию ТК и визуализацию правых отделов, выпот в животе, распространенность эхо-симптомов в областях брюшной полости.

Большинство УЗ-признаков достоверно отличались при различной степени ТН. СВДЖ давал возможность увидеть кишку и оценить ее состояние. Толщина стенки кишки зависела от длительности ТН. Важным считали выявление СВДЖ при первом УЗИ. Повышенная пневматизация кишки не может служить патогномичным признаком ТН, т. к. встречается при других заболеваниях. Ультразвуковой диагноз ТН в таких ситуациях может быть предположительным.

При ТН у 50% больных визуализировались правые отделы ТК проксимальнее места обтурации, содержимое ТК было в виде однородных структур средней интенсивности («серые массы»). Более чем у 50% больных визуализировались гаустры. Ширина ТК — 4,8—9 см. Характер содержимого в левой половине ТК отличался от содержимого правых отделов неоднородностью и пониженной эхогенностью за счет изменения характера содержимого в кишке. Выпот в брюшной полости определялся в

виде однородных эконегативных участков, чаще визуализировался у правого края печени, вокруг селезенки, в латеральных каналах, малом тазу и между петель кишечника. Важное значение в установлении степени ТН придавали определению петель кишечника в 2—4 или 5—6 анатомических областях. У 24 больных (20%) визуализировали объемное поражение ТК.

Анализ полученных данных позволил в определенной степени систематизировать эхо-признаки в соответствии со степенью ТН, их определение было возможным при I степени — 18,8—25%, при II ст. — 39,2—52,9%, при III ст. — до 100%.

Таким образом, диагностические возможности УЗИ при ТН зависят от длительности заболевания, локализации препятствия, степени нарушения проходимости. Большинство эхо-симптомов выявляются раньше и точнее, чем при рентгенологическом обследовании. УЗИ может быть методом скрининговой диагностики, а также методом выбора тактики лечения больных с ТН II и III степени.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Б. А. Мизаушев, Л. М. Салтуева, И. А. Кубалов
г. Нальчик

Несмотря на частую заболеваемость острой кишечной непроходимостью лиц пожилого возраста, данный вопрос недостаточно изучен. Вместе с тем эта возрастная группа составляет от 41 до 54% всех больных с острой кишечной непроходимостью.

Под нашим наблюдением находились 386 больных с острой кишечной непроходимостью, из них 163 были пожилого и старческого возраста. Среди больных женщин было 212 (55%), мужчин — 174 (45%).

Среди наблюдавшихся нами больных за медицинской помощью обратились и были госпитализированы в первые 6 часов 44 (27%) больных, от 6 до 12 часов — 54 (33%), от 12 до 24 часов — 18 (11%), 47 (29%) — позднее суток.

Клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости считаются приступообразные боли в животе, задержка стула и газов, вздутие живота, тошнота и рвота, тахикардия. У лиц пожилого возраста выраженных приступообразных болей не наблюдается, часто сердечно-сосудистая патология превалирует над клиникой острой кишечной непроходимости.

Тщательно собранный анамнез и изучение данных объективного исследования позволили нам диагностировать спаечную кишечную непроходимость у 98 (60%) больных, обтурацию толстого кишечника опухолями — у 44 (27%), заворот тонкого кишечника — у 9 (5,6%), обтурацию просвета кишечника каловыми камнями — у 12 (7,4%) больных. Задержка стула и газов наблюдалась у 147 (90%) больных, тахикардия отмечена у 139 (95%), гипотония — у 33 (20%) больных. При странгуляционной форме кишечной непроходимости часто наблюдались гипотония, коллапс и шок. Рентгенологически чаши Клойбера и пневматоз кишечника отмечены у большинства больных (64%).

Лечение лиц пожилого и старческого возраста с острой кишечной непроходимостью представляет большие трудности. При копростазе проводилось комплексное консервативное лечение. При спаечной кишечной непроходимости 86 больным произведено рассечение спаек, 12 больным — резекция кишечника. При опухолях правой половины толстого кишечника в 6 случаях произведена гемиколэктомия, при обтурирующих опухолях левой половины толстого кишечника в 17 случаях произведена резекция кишечника вместе с опухолевым процессом с восстановлением целостности кишечной трубки, в 19 случаях выполнена операция Гартмана. При заворотах тонкого кишечника и сигмовидной кишки проводилась деторсия кишечника. Из-за тяжести состояния в оперативном лечении отказано 7 больным.

Из 144 оперированных больных умерли 26 человек. Высокая летальность связана с поздней обращаемостью, диагностическими ошибками, запоздалыми операциями у лиц пожилого и старческого возраста.

Изучение вопросов гериатрии, ранняя диагностика и своевременное хирургическое вмешательство могут улучшить результаты лечения острой кишечной непроходимости у данной категории людей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

В. И. Миронов, В. М. Данчинов, Т. В. Казакова
г. Иркутск

Мы располагаем опытом хирургического лечения 136 больных с острой непроходимостью ободочной кишки опухолевого генеза, которые находились на лечении в клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета в 1993—1998 гг. Среди пациентов было 65 мужчин и 71 женщина в возрасте от 34 до 97 лет. 106 больных (78%) поступили в поздние сроки от момента развития заболевания (через

двое суток — 10 больных, через трое — 12, через четверо — 13, позже чем через четверо суток от начала заболевания — 71 больной).

Всем больным после госпитализации в хирургическое отделение проводилась консервативная терапия, направленная на ликвидацию непроходимости кишки на уровне опухоли, коррекцию нарушений гомеостаза, лечение сопутствующих соматических заболеваний.

По экстренным показаниям, в первые сутки наблюдения и лечения оперирован 71 пациент (52,2%). У остальных больных (65) консервативное лечение привело к временному улучшению состояния, они оперированы в срочном порядке на вторые сутки и позже от момента поступления в клинику.

При опухоли правой половины ободочной кишки и обтурационной непроходимости считаем возможным радикальное удаление опухоли с наложением первичного илеотрансверзоанастомоза (18). При неоперабельной опухоли правой половины ободочной кишки (5) выполнены паллиативные вмешательства — обходные анастомозы (4), разгрузочная цекостомия (1).

При опухоли левой половины ободочной кишки и обтурационной непроходимости радикальные операции с одномоментным восстановлением непрерывности кишечного тракта выполнены в 7 наблюдениях (левосторонняя гемиколэктомия с анастомозом — 2, резекция сигмовидной кишки с первичным анастомозом — 5). В 77 наблюдениях производились удаление опухоли и одновременная ликвидация непроходимости без восстановления непрерывности кишечного тракта (левосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзостомы — 15, операция Гартмана — 62). В 29 наблюдениях при неудаляемой опухоли толстой кишки в сочетании с кишечной непроходимостью возникла необходимость в выполнении разгрузочных операций (двухствольная колостома — 26, обходной анастомоз — 3).

Общая летальность составила 54% (60). При обтурационной непроходимости вследствие правосторонней локализации опухоли летальность составила 39,1% (9), вследствие левосторонней — 44,1% (51). Основной причиной неудовлетворительных результатов считаем позднюю госпитализацию больных. В группе госпитализированных в поздние сроки от начала развития заболевания (свыше трех суток) летальность составила 54,2% (из 96 пациентов умерли 52). В группе госпитализированных в более ранние сроки (до трех суток) летальность составила 20% (из 40 оперированных умерли 8).

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. И. Миронов, А. А. Костановичи
г. Иркутск

В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета в 1986—1998 гг. под наблюдением находились 775 пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью (ОТКН). Среди обследованных было 483 мужчин и 292 женщины в возрасте от 19 до 89 лет. 368 пациентов были госпитализированы в сроки позднее 24 часов от начала заболевания.

В 340 наблюдениях явления ОТКН были ликвидированы с помощью консервативных мероприятий. У остальных больных (435), несмотря на проводимое лечение, нарастали клинические признаки заболевания, имелись признаки нарушения пассажа бариевой взвеси. Эти больные были оперированы в экстренном порядке.

Во время операции спаечная непроходимость была обнаружена в 382 наблюдениях (в 28 имел место некроз тонкой кишки), заворот тонкой кишки — в 47, инвагинация тонкого кишечника — в 6 наблюдениях. В 354 наблюдениях выполнялся энтеролитизис, в 28 — энтеролитизис в сочетании с резекцией нежизнеспособного сегмента тонкой кишки. Деторзия тонкой кишки в сочетании с резекцией нежизнеспособного сегмента выполнялась у всех больных с заворотом (47), дезинвагинация в сочетании с резекцией тонкой кишки — в 6 наблюдениях. У 142 больных для декомпрессии тонкой кишки производилась назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. Резекция тонкой кишки завершалась наложением энтероэнтероанастомоза «бок в бок» (32), «конец в бок» (35), «конец в конец» (14).

В 25 наблюдениях имели место осложнения, которые потребовали повторных оперативных вмешательств (ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость — 12, несостоятельность энтероэнтероанастомоза — 7, раннее кровотечение в брюшную полость — 3, эвентерация внутренних органов — 3).

Летальные исходы в послеоперационном периоде наступили в 44 наблюдениях (9,6%). Причиной летальных исходов стали ранняя спаечная непроходимость (5), несостоятельность энтероэнтероанастомоза (6), послеоперационный перитонит (11), ТЭЛА (1), тяжелые сопутствующие соматические заболевания у больных пожилого и старческого возраста (21).

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Р. Б. Мумладзе, И. Т. Васильев, И. Н. Лебединский, И. Б. Бабаев, Н. М. Янжулин, Н. Н. Булатов
г. Москва

С современных позиций желудочно-кишечный тракт рассматривается как важнейший орган, выполняющий противомикробную защиту организма.

Нарушения функционального состояния желудочно-кишечного тракта, сопровождающие развитие острой кишечной непроходимости, в значительной степени сказываются на эффективности противомикробной защиты организма в целом. Подтверждением этого положения являются показатели частоты послеоперационных инфекционных осложнений в данной группе больных, значительно превышающие аналогичные показатели при других острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. По данным исследований, отражающих опыт последних десятилетий, более чем 3/4 всех осложнений, развивающихся в послеоперационном периоде у больных, перенесших операцию по поводу острой кишечной непроходимости, связаны с инфекцией.

В качестве профилактики послеоперационных осложнений в течение ряда лет используем озонированный 0,9%-ный раствор хлорида натрия с концентрацией озона 4,5 мл/л. Применяем комбинированно (парантеральное и внутрикишечное введение раствора).

Наши исследования показали, что применение озона усиливает окислительно-восстановительные вне- и внутрикишечные процессы, стимулирует синтез биологически активных веществ. Активность иммунокомпонентных клеток периферической крови мобилизует гуморальное звено противомикробной защиты.

Нами изучена чувствительность наиболее часто выделяемых клинических штаммов микроорганизмов при кишечной непроходимости к озону.

Озонированный раствор хлорида натрия с концентрацией озона 2–10 мг/л полностью подавляет рост стафилококков, кишечной и синегнойной палочки, протей при 10^3 КОЭ/мл. Отмечено подавляющее действие озонированных растворов на рост бактериоидов при всех исследуемых нами титрах микробных тел.

Анализ послеоперационных осложнений у 206 больных с различными формами обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости показал, что в группе больных, которым проводилась озонотерапия, число инфекционных осложнений было значительно ниже по сравнению с контрольной группой больных. Так, число нагноений послеоперационных ран снизилось с 6,1% до 2,2%, абсцессов брюшной полости — с 3% до 1,9%, пневмоний — с 7,9% до 4,3%, продолжающегося перитонита — с 12,8% до 7,9%. Отмечено снижение и других осложнений. Так, несостоятельность межкишечных анастомозов снизилась с 4,9% до 2,1%, острая сердечно-сосудистая недостаточность — с 6,7% до 5,2%, тромбозов и эмболии — с 3% до 1,6%.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛАСТАЗНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Р. Б. Мумладзе, И. Т. Васильев, С. М. Чудных, И. Н. Марков, И. Б. Бабаев, Г. А. Яровая
г. Москва

Одним из важнейших последствий нарушения регионарного кровообращения и гипоксии ткани кишечной стенки при непроходимости кишечника является интенсификация свободно-радикальных процессов перекисного окисления липидов, которые ведут к дестабилизации клеточных мембран и внутриклеточных включений, в частности, мембран лизосом.

Структурные нарушения в мембране последних высвобождают лизосомальные ферменты, обладающие мощным деструктивным потенциалом. Развивающийся гиперпротеолиз вызывает деградацию пептидов, контролирующих моторику кишечника, что может явиться одной из причин развития его паралича. Особую роль в этих деструктивных процессах отводят одной из наиболее агрессивной протеиназ — эластазе, которая попадает во внеклеточную среду при активации и секреторной дегрануляции нейтрофильных полиморфоядерных лейкоцитов.

Нами изучена эластазоподобная активность у больных с кишечной непроходимостью в послеоперационном периоде в зависимости от тяжести их состояния. Прямая оценка активности эластазы в плазме крови крайне затруднительна, и определение ее осуществляется в комплексе с ингибитором протеиназ L_1 -ИП. На кафедре биохимии РМАПО разработан новый метод, дающий возможность определить всю эластазу после диссоциации комплекса эластазы L_1 -ИП.

Выявлено снижение антипротеиназной и повышение эластазоподобной активности плазмы крови у больных с кишечной непроходимостью по сравнению с нормой (контрольная группа). В последующем, при рассмотрении этих показателей в динамике послеоперационного периода, отмечена их корреляция с клиническим течением заболевания. В группе выздоравливающих больных к 7–14-м суткам после операции отмечена нормализация показателей эластазоподобной активности, что сочета-

лось с улучшением состояния больных и их клинико-лабораторных характеристик. Снижение же уровня L-ИП, сопровождающегося высокими цифрами эластазоподобной активности с постепенным ее нарастанием, было характерно для больных с неблагоприятным исходом заболевания.

КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Е. Н. Мурысева, В. В. Плечев, С. Б. Лапиров
г. Уфа

Одним из самых сложных вопросов абдоминальной хирургии по-прежнему остается острая кишечная непроходимость. У 2—7% больных, оперированных по поводу данной патологии, оперативное вмешательство завершается наложением кишечной стомы. Как правило, до стабилизации состояния эти больные находятся в отделениях реанимации, затем переводятся в отделения общей хирургии. Больные с кишечными свищами представляют серьезную опасность для других больных и персонала отделений в плане возникновения и развития внутрибольничных инфекций.

Архитектурно-планировочные решения существующих хирургических стационаров далеко не всегда отвечают гигиеническим требованиям. Количество коек в палатах хирургических отделений нередко превышает нормативы. Средняя площадь на койку в отделении реанимации составляет $6,8 \pm 0,06 \text{ м}^2$, в отделении общей хирургии — $4,83 \pm 0,22 \text{ м}^2$ при норме 13 и 7 м^2 соответственно. Из-за перегруженности палатных отделений изоляция данных больных часто невозможна. Белье больного, индивидуальные средства ухода, используемые перевязочные материалы и инструменты становятся дополнительным источником инфекции, ухудшая эпидемиологическую обстановку в отделении. Эти больные являются и источником дурнопахнущих газов, которые могут распространяться по всему отделению.

Для предотвращения развития внутрибольничных инфекций в отделениях необходимо проведение комплекса гигиенических мероприятий, наиболее эффективными из которых следует считать организацию в палатах рациональной искусственной вентиляции с преобладанием вытяжки над притоком, т. е. создание в данной палате отрицательного давления воздуха, использование экранированных бактерицидных ламп, многократное кварцевание помещений, применение передвижных рециркуляционных воздухоочистителей. Необходима изоляция больных, соблюдение нормативов площади на койку, усиление дезинфекционного режима, систематическое повышение гигиенической культуры медицинского персонала. Кроме вышеуказанного, важное значение имеет местное применение бактерицидных повязок и покрытий.

Строгое выполнение данных мероприятий позволило значительно снизить микробное загрязнение воздуха объектов больничной среды и улучшить эпидемиологическую обстановку в стационаре.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Е. В. Николаев, Н. В. Ташкинов, Н. И. Бояринцев, И. Г. Довгий, С. В. Григорьев,
А. Ю. Малхасян
г. Хабаровск

Частота острой спаечной кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде составляет 0,1—6,7% случаев, в основном после экстренных хирургических вмешательств. Релапаротомии, проводимые по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, значительно повышают частоту осложнений и летальных исходов.

В течение 1979—1988 гг. релапаротомии по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде были произведены у 55 больных. Летальность при этом составила 9,1%.

В течение 1989—1999 гг. релапаротомии по поводу острой спаечной кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде были произведены у 21 больного и попытки лапароскопического адгезиозентеролизиса — у 45 пациентов.

Показаниями к проведению диагностической и лечебной лапароскопии в раннем послеоперационном периоде являлось отсутствие эффекта от консервативной терапии послеоперационного пареза кишечника в течение 3—4-х суток после хирургического вмешательства и появление клинико-рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости через 4—5 дней после хирургической операции.

Противопоказаниями к лапароскопическому устранению ранней острой спаечной послеоперационной кишечной непроходимости являлись: диффузный гнойный перитонит, большие гнойники брюшной полости, некроз тонкой кишки, проведение лапароскопического вмешательства через 10—12 дней после хирургической операции из-за опасности повреждения инфильтрированной стенки кишечника и резкое расшире-

ние тонкой кишки, требующее релапаротомии и тотальной трансназальной энтеростомии.

Лапароскопический адгезиоэнтеролизис оказался эффективным у 39 из 45 больных с ранней спаечной послеоперационной острой кишечной непроходимостью. Переход на релапаротомию потребовался в 6 случаях, причем в одном — вследствие перфорации тонкой кишки. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Таким образом, лапароскопический адгезиоэнтеролизис у больных с ранней послеоперационной острой спаечной кишечной непроходимостью является эффективным вмешательством при условии его проведения в ранние сроки опытной бригадой эндохирургов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В. М. Новиков,
г. Краснодар

Нами изучен материал экстренных хирургических отделений больницы скорой медицинской помощи по лечению 602 больных с осложненными формами рака толстой кишки (1974 — 1999 гг.). Больные старше 60 лет составили 58%. Мужчин было 37,4%, женщин — 62,6%. В 64,7% случаев опухоль локализовалась в левой половине ободочной кишки.

Как правило, больные с этим осложнением поступали в стационар по неотложным показаниям. Диагноз непроходимости устанавливался на основании клинических, рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

Обтурационная непроходимость толстой кишки наблюдалась в той или иной форме и степени компенсации у 83,7% больных, более 70% из них имели левостороннюю локализацию опухоли.

Среди других осложнений рака ободочной кишки занимают прободения опухоли и стенки кишки выше локализации новообразований, которые наблюдались у 51 больного (8,4%). Воспалительные инфильтраты, абсцессы и кишечные кровотечения встретились у 7,9% больных.

Клинически радикальные операции удалось выполнить у 219 (36,4%) больных с послеоперационной летальностью — 28,8%. При этом одномоментные вмешательства составили 20,8%, двухэтапные — 73,4%, многоэтапные (по методу Цейдлера—Шлоффера) — 5,8% от числа радикально оперированных больных. Чаще всего (в 58% наблюдений) выполнялось наложение двухствольной колостомы. Обходные анастомозы были наложены в 10,5% наблюдений.

Летальность после паллиативных вмешательств составила 34,3%.

Наиболее частой причиной смерти больных были перитонит, прогрессирующая интоксикация, пневмония, сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность.

Проведенный анализ результатов лечения больных осложненным раком ободочной кишки позволяет считать, что хирургическая тактика при этой патологии должна быть сугубо индивидуальной.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНОГО ИЛИУСА

А. А. Нурмухаметов, С. Н. Хунафин, Г. А. Мурзин, И. Х. Гаттаров,
Р. С. Нургалин
г. Уфа

В структуре острой кишечной непроходимости желчно-каменный илеус составляет 0,3—6%. В литературе описано около 900 наблюдений данного осложнения желчнокаменной болезни.

Мы анализировали результаты лечения 22 больных, оперированных по поводу обтурационной желчно-каменной кишечной непроходимости в ЛПУ г. Уфы за 1973—1999 годы. Возраст больных колебался от 56 до 91 года, из них 10 были старше 80 лет. Женщин было 20, мужчин — 2.

У 4 из них в анамнезе было указание на ЖКБ. 8 больных длительное время страдали хроническим холециститом (от 1 года до 15 лет). У остальных 10 желчно-каменного анамнеза не отмечено.

Рентгенологическая картина также была неспецифичной. Так, при обзорной рентгенографии органов брюшной полости горизонтальные уровни жидкости выявлены только у 4 больных. Более информативной оказалось рентгеноконтрастное исследование кишечника. При этом у всех больных обнаружена задержка контрастного вещества в желудке, тонкой кишке и определялись раздутые петли тонкой кишки с несколько размытыми контурами стенки кишки. При повторном рентгенологическом

исследовании через 5—12 часов у каждого третьего больного выявлены чаши Клойбера, более четкая пневматизация тонкой кишки.

Стертое течение желчно-каменного илеуса в определенной степени обусловлено тем, что непроходимость кишечника в начале заболевания имеет частичный и интермиттирующий характер. Поэтому проводимое консервативное лечение у 7 пациентов дало лишь временное улучшение состояния больных и сопровождалось перемещением камня, чем и объясняется уменьшение боли в животе, тошноты и рвоты, что дезориентировало хирургов.

Желчный камень, вызвавший ОКН, в 4 случаях располагался в тощей кишке на расстоянии 10—15 см от связки Трейца. Один конкремент вызвал явления гастродуоденальной непроходимости и был удален из желудка. В 17 случаях обтурирующий конкремент располагался на расстоянии от 10 до 80 см от илеоцекального угла, вызывая низкую непроходимость кишечника. Энтеротомия ниже уровня непроходимости выполнена у 11 пациентов, у 8 — над конкрементом. У 2 больных (80 и 89 лет) выше уровня непроходимости тонкая кишка имела участки очагового некроза, и им была выполнена резекция кишки вместе с желчным камнем и в одном случае — гастротомия с удалением камня. Закрытая декомпрессия тонкой кишки назокишечной трубкой произведена у 18 больных, открытая декомпрессия — у 4. Мы считаем, что оптимальным является опорожнение вышележащих отделов тонкой кишки перед энтеротомией с помощью зонда нашей конструкции (патент № 2140299), которым удается легко провести по кишечнику до уровня препятствия. После энтеротомии и удаления камня из тонкой кишки для укрепления швов нами у 5 больных использовался полимерный клей «Сульфокрилат» (пат. предложение № 2054).

Умерли 9 больных (40,9%). Причинами смерти явились тяжелая интоксикация, перитонит, тяжелые сопутствующие заболевания.

Таким образом, билиарный илеус характеризуется нетипичной клинической картиной, чем и обусловлены диагностические трудности и запоздалое оперативное лечение больных. Наиболее информативным является рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта. Операцией выбора при билиарном илеусе остается энтеротомия, удаление желчного камня и интраоперационная декомпрессия кишечника.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

В. Л. Орлов и Э. А. Восканян
г. Пятигорск

Первые описания непроходимости кишечника («илеус» по греч. — «вращать») были сделаны Гиппократом (460—370 гг. до н.э.). Авиценна (980—1037 гг.) описал илеус как боль, «имеющая место в тонких кишках». Первая отечественная работа по непроходимости кишечника принадлежит Н. М. Амбодику-Максимовичу (1781 г.), а в 1838 г. вышла монография В. П. Добровольского «О болезни, именуемой илеус», в которой подробно были описаны формы непроходимости, освещены вопросы этиологии, клиники и лечения этого страдания. Большой вклад в развитие учения о непроходимости кишечника внес Н. И. Пирогов в работе «Илеус» (1849 г.), основанной на 50 клинических и патологоанатомических наблюдениях, первым в 1849 г. произведший операцию при непроходимости кишечника под эфирным наркозом. Большим достижением в хирургическом лечении этого страдания надо считать работы В. Г. Цеге-Мантейфеля (1909 г.), который выдвинул положение: характер оперативного вмешательства должен зависеть от формы непроходимости. В это время началось усиленное изучение вопросов этиологии, патогенеза, причин летальности и осложнений после операции (И. П. Склиаров, И. И. Греков, Н. Н. Самарин, П. Л. Сельцовский и многие другие). Вопросы непроходимости кишечника многократно обсуждались на Российских и Всесоюзных съездах хирургов (I, IV, VII, XVI, XIX, XXVI). Из восьми Всероссийских съездов хирургов только на 4-м съезде (Пермь, 1973 г.) острая кишечная непроходимость обсуждалась программным вопросом. Отечественные хирурги внесли свой вклад в описание клинической картины кишечной непроходимости. Недаром ряд симптомов носят имена известных отечественных хирургов: симптом Э. Валя (1833—1890 гг.), И. И. Грекова (1867—1934 гг.), В. Г. Цеге-Мантейфеля (1857—1926 гг.), И. П. Склиарова (1881—1946 гг.), С. И. Спасокукоцкого (1870—1943 г.), вошедшие во многие руководства и учебники.

Российскими хирургами защищено более 60 докторских и 300 кандидатских диссертаций по различным вопросам острой кишечной непроходимости. Из монографических работ отечественных хирургов надо отметить следующие: В. Г. Цеге-Мантейфель («Непроходимость кишок», 1911 г.), И. Л. Перельман («Непроходимость кишок/клиника и терапия», 1937 г.), Г. М. Щекотов («Непроходимость кишечника», 1969 г.), А. Е. Норенберг-Чарквиани («Острая кишечная непроходимость», 1969 г.), В. П. Петров и И. А. Ерюхин («Кишечная непроходимость», 1989, 1998 гг.) и др. И все же результаты лечения больных ОКН остаются неудовлетворительными, ле-

тельность на уровне 13—20%. Необходимы усилия многих специалистов для дальнейшего решения различных вопросов этой трудной для хирургии и медицины проблемы.

ФИКСАЦИЯ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОБСТРУКТИВНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ЖЕНЩИН

С. Г. Павленко, С. А. Яргунин, О. В. Кириченко
г. Краснодар

Обтурационная непроходимость толстой кишки при локализации опухоли в ректо-сигмоидном и верхнеампулярном отделах прямой кишки часто является показанием к выполнению обструктивной резекции, которая сопровождается формированием короткой культи прямой кишки. Во время реконструктивно-восстановительных вмешательств возникают определенные трудности и осложнения, связанные с выделением культи и формированием колоректального анастомоза.

Нами разработан способ фиксации культи прямой кишки у женщин, позволяющий устранить технические трудности во время последующей реконструкции и свести до минимума интраоперационные осложнения. Для фиксации культи прямой кишки используется связочный аппарат матки.

Ушивание культи прямой кишки осуществляется одним рядом отдельных швов мононитью 4/0 — 6/0 с широким захватом подслизистой оболочки. После ушивания культи на ее концах прошиваются две держалки из лавсановой нити и проводятся через широкие связки матки. Затем проведенные нити фиксируются к круглым связкам матки в месте их вхождения в паховый канал. После затягивания лавсановых нитей культи прямой кишки подтягивается, и линия швов фиксируется к верхней части задней стенки влагалища, матка заваливается за культию прямой кишки, отгораживая ее от крестца. Остаточную полость малого таза заполняют большим салынком. Решаются три задачи: 1 — дополнительно герметизируется линия ушивания культи прямой кишки, 2 — сохраняются размеры культи и 3 — культи не фиксируется к передней поверхности крестца.

Данный метод разработан на 5 трупах взрослых женщин, умерших от причин, не связанных с заболеваниями органов пищеварения, и апробирован в клинике на трех пациентках в возрасте 57, 62 и 68 лет, страдавших раком прямой кишки III ст., осложненным непроходимостью. Послеоперационный период протекал без осложнений. Сроки наблюдения за больными 3—5 месяцев.

ХИМИЧЕСКАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ АТОНИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С. А. Пашков, В. В. Плечев, П. Г. Корнилаев, Р. Р. Шавалеев, А. С. Кунафин
г. Уфа

Одной из основных задач при лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) является раннее восстановление моторики желудочно-кишечного тракта. Применением общепринятых методов стимуляции не всегда удается достичь желаемого результата.

В нашей клинике разработан и с 1988 года применяется способ денервации верхней брыжеечной артерии (ДВБА), заключающийся в пересечении нервных волокон, проходящих в адвентиции сосудов. Данный способ достаточно эффективен, но не лишен некоторых недостатков, заключающихся в технических трудностях препаровки сосудов, ограничивающих его широкое применение.

С 1995 года мы применяем химический способ ДВБА (ХДВБА), заключающийся в параартериальном введении раствора клея «Сульфакриллат» (приоритетная справка по заявке на патент № 98103429 от 01.03.99 г.). Данный способ при простоте выполнения сохранил основные достоинства и эффективность ДВБА.

Выполнено свыше 200 операций с применением ХДВБА при спаечной болезни брюшины, непроходимости кишечника, вентральных и ущемленных грыжах. В клинике оперированы 60 больных ОСКН, которым проведена данная процедура. При этом в 55 случаях (91,7 %) выполнена денервация верхней, а в 3 (5,0 %) — нижней брыжеечной артерии; в 2 случаях (3,3 %) — сегментарных артерий тонкой кишки. Положительный эффект от применения ХДВБА проявлялся в уменьшении диаметра кишки, повышении ее тонуса, появлении активной перистальтики уже в ходе операции. Сроки восстановления функции кишечника в послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Таблица 1

Сроки восстановления функции кишечника у больных ОСКН

Клинический признак	Сроки после операции				
	1 сут.	2 сут.	3 сут.	4 сут.	5 сут.
Единичные перистальтические шумы	49 (81,7%)	11 (18,3%)	—	—	—
Устойчивая перистальтика	38 (63,4%)	20 (33,3%)	2 (3,3%)	—	—
Отхождение газов	7 (11,6%)	28 (46,7%)	16 (26,7%)	9 (15,0%)	—
Появление стула	—	10 (16,7%)	23 (38,3%)	15 (25,0%)	7 (20%)

Таким образом, ХДВБА является эффективным средством профилактики послеоперационного пареза кишечника, проста для выполнения и безопасна, что позволяет рекомендовать ее для широкого применения при операциях острой спаечной кишечной непроходимости.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Г. И. Перминова, В. Г. Вастатский
г. Москва

Одним из главных путей улучшения результатов лечения острой непроходимости кишечника является ранняя и точная диагностика этого «многоликого» заболевания. Несомненную помощь в своевременной диагностике данной патологии и в выборе правильной тактики лечения оказывает экстренная лапароскопия. Бытующее мнение о высокой опасности травматического повреждения троакарном вздутых петель кишечника и малой информативности метода, на наш взгляд, преувеличена, а возможность полноценного осмотра брюшной полости занижена.

Двадцатилетний опыт показывает, что при соблюдении определенных правил и особенностей техники проведения данного исследования осложнений можно избежать.

Так, за последние 7 лет экстренная лапароскопия по поводу острой непроходимости кишечника выполнена 96 больным, в том числе и у 16 из них в ранние сроки после хирургических вмешательств на органах брюшной полости. При этом каких-либо осложнений нами не отмечено, а диагностическая эффективность метода составила 95,8%. В 2 случаях из 96 наблюдений исследование оказалось неинформативным из-за массивного спаечного процесса и в двух были допущены диагностические ошибки.

Среди 49 больных с установленным на лапароскопии диагнозом в 9 случаях имела место динамическая непроходимость кишечника, в 28 — обтурационная и в 12 — странгуляционная, у 7 из них причина непроходимости была устранена эндоскопическим способом.

Для профилактики послеоперационной спаечной болезни и для быстрейшего купирования гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости у больных с распространенным перитонитом нами в последние годы широко используется ранняя послеоперационная программированная санационная лапароскопия. Применение ее у 50 больных, начиная с первых суток после операции, позволило по сравнению с предыдущими годами значительно сократить общее число ранних послеоперационных осложнений с 57 до 10% и предупредить такие, как ранняя спаечная непроходимость, абсцесс или инфильтрат брюшной полости, и снизить летальность при острых хирургических заболеваниях, осложненных распространенным перитонитом, до 6,0%.

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. В. Плечев, С. А. Пашков, П. Г. Корнилов, Р. Р. Шавалеев, А. С. Кунафин
г. Уфа

В литературе нам не встретилась классификация острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН), отражающая клинические проявления заболевания. Такая классификация позволила бы четко разграничить виды ОСКН и облегчить решение диагностических и тактических вопросов. За основу нами взята классификация Р. А. Жончевского (1989), которая была переработана в соответствии с накопившимся за пос-

ледние 25 лет опытом в Республиканском центре по лечению и реабилитации больных спаечной болезнью брюшины.

Учитывая, что ОСКН сочетает в себе элементы динамической и механической непроходимости, а последняя, в свою очередь, обтурационной и странгуляционной, мы посчитали целесообразным разделить ее на эти виды в зависимости от преобладания того или иного компонента. Выделяются две основные формы: острая спаечная динамическая кишечная непроходимость (ОСДКН) и острая спаечная механическая кишечная непроходимость (ОСМКН).

Под первой нужно понимать ОСКН, обусловленную функциональной перегрузкой желудочно-кишечного тракта при отсутствии полного перекрытия просвета кишечной трубки и развития выраженных нарушений брыжеечного кровообращения. Эта форма не требует экстренного оперативного лечения.

Под второй подразумевается ОСКН, возникшая на фоне полного перекрытия просвета кишки или выраженного нарушения ее кровоснабжения. В данном случае показано экстренное оперативное лечение.

Вероятно, такое разделение не лишено недостатков, так как и при ОСДКН всегда присутствует механический компонент — спаечная деформация. Однако считаем возможным не акцентировать на этом внимание при экстренной дифференциальной диагностике, так как установление формы ОСКН позволяет решить вопрос о показанности экстренного оперативного вмешательства. Кроме того, диагноз ОСДКН требует проведения полного обследования и решения вопроса о плановом оперативном лечении.

Учитывая разнообразный характер спаек и вызываемые ими различные по патогенезу проявления ОСМКН, целесообразно разделить последнюю еще на два вида: обтурационную и странгуляционную.

Под обтурационной мы подразумеваем ОСКН, возникшую в результате спаечной деформации кишечника без нарушения кровообращения в брыжейке. Под странгуляционной следует понимать ОСКН, развившуюся вследствие сдавления брыжейки спайкой с нарушением кровотока. В обоих случаях показано экстренное оперативное лечение, но разделение их является правомерным, так как ОСОКН развивается более доброкачественно и во время операции, как правило, не требуется резекции сегмента кишки; ОССКН, напротив, развивается стремительно, злокачественно, что приводит к быстрому развитию некроза и заканчивается резекцией кишечника.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В. В. Плечев, П. Г. Корнилов, Р. Р. Шавалеев, Е. Н. Мурышева, А. В. Волгарев, Ф. Г. Фазлиахметов
г. Уфа

Проблема предупреждения гнойных раневых осложнений является одной из сложных в хирургии. Частота послеоперационных раневых осложнений после плановых и экстренных общехирургических вмешательств без специальных методов профилактики достигает 49,5—71,2%. Гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) ведут к увеличению сроков пребывания больного в стационаре и длительности амбулаторного лечения.

Признавая роль общих причин в развитии ГВО, таких как иммунодефицит, авитаминоз, гипопроотеинемия, все же первостепенное значение придаем местным факторам: ишемии тканей, обсемененности их микроорганизмами, скоплению геморрагического содержимого, качеству шовного материала. Известно, что одним из перспективных направлений профилактики ГВО является имплантационный способ — в частности, использование хирургических шовных материалов с пролонгированным антибактериальным действием, так как традиционные пути введения антибиотиков недостаточно эффективны. Нами разработан и запатентован хирургический шовный материал «Абактолат», который получается путем импрегнации традиционных нитей антибиотиками или комбинацией антибиотиков из спиртового раствора и покрытия их оболочкой из биосовместимого и биодеструктируемого полимера. Установлено, что высокий уровень противомикробного действия нитей сохраняется до 7—8 дней. Данные свойства позволяют существенно ограничить или вообще отказаться от назначения антибактериальных препаратов в послеоперационном периоде.

Изучение эффективности применения шовного материала «Абактолат» проводилось в Российском центре пластической абдоминальной хирургии на базе городской клинической больницы № 6 г. Уфы и лечебно-профилактических учреждениях республики у больных, оперированных в плановом и экстренном порядке. Проведен анализ частоты ГВО у 63 больных с острой кишечной непроходимостью, которым не применялись специальные методы профилактики. Несмотря на адекватно выполненные операции, отмечено большое количество ГВО в виде: сером — у 2 (3,1%) больных, лигатурных свищей — у 1 (1,6%), инфильтрата — у 7 (11,1%), нагноений — у 11 (17,4%), эвентраций — у 2 (3,2%) пациентов. Высокий уровень подобных осложнений объясняется бактериальной обсемененностью брюшной полости за счет повышенной проницаемости кишечной стенки и наличием инфицированного экссудата. При применении же хирургического шовного материала «Абактолат» установлено сниже-

ние ГВО с 42,8 до 25,0%, при этом не было ни одного случая эвентрации, лигатурного свища и серомы.

Таким образом, существенное снижение гнойных раневых осложнений, а также отсутствие аллергических реакций при использовании «Абактолата» позволяет рекомендовать данный шовный материал для широкого внедрения.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. А. Пигин, П. Н. Колесников
г. Рязань

Обтурационная кишечная непроходимость — это наиболее частое осложнение рака ободочной кишки. По нашим данным оно составило 65,8% (169 чел.) от всех больных с осложненными формами рака ободочной кишки.

За период с 1994 по 1998 годы в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Рязани прооперированы в экстренном и срочном порядке 147 чел. Возраст больных от 18 до 85 лет. Мужчины составили 36,8%, женщины — 63,2%. На долю радикальных операций пришлось 45,6% (67 чел.), паллиативных — 54,4% (80 чел.). Общая послеоперационная летальность — 31,3%: в группе радикально оперированных она составила 25,4%, а в группе паллиативных — 36,3%. Послеоперационные осложнения отмечены в 32%. Гнойные осложнения со стороны операционной раны при радикальных операциях и паллиативных были одинаковы. В то время как при радикальных операциях отмечалось значительно большее количество внутрибрюшных осложнений в виде абсцессов. Причиной столь существенной разницы служат, скорее всего, более травматичный (более расширенный) объем операции, имеет место инфицирование брюшной полости (т. к. при обтурационной кишечной непроходимости в течение первых часов наступает протопевание через измененную кишечную стенку аэробов и факультативных анаэробов) и, вероятнее всего, не совсем адекватное дренирование и (или) недооценка значения «местной» асептики и антисептики во время операции.

Говоря об осложнениях общего характера, следует заметить явное преобладание острой сердечно-сосудистой недостаточности (20%). Анализ летальности показал, что у радикально оперированных она ниже в 2,5 раза. Полученные данные противостоят распространенному мнению об излишнем риске радикальных операций у этой категории больных.

Таким образом, уменьшению количества осложнений и снижению летальности в послеоперационный период у больных раком ободочной кишки с обтурационной кишечной непроходимостью должны способствовать адекватное дренирование брюшной полости (в т. ч. использование лаважа с активной аспирацией), интраоперационное использование антисептиков и антибиотиков широкого спектра действия и, конечно, более щадящая хирургическая техника.

ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ОТМН)

И. С. Попова, Г. И. Жидовинов, И. Ф. Ярошенко, А. О. Липатова, М. Ю. Андреев, В. В. Матюхин
г. Волгоград

Одним из ведущих патогенетических синдромов ОТМН является эндогенная интоксикация. Большинство способов определения тяжести эндогенной интоксикации основаны на изучении токсемии, а не на исследовании повреждения главного объекта — клетки. Однако именно состояние клеточных мембран может отражать степень эндотоксикоза как показатель суммарного влияния всех мембраноповреждающих факторов на клетку. В своей работе мы использовали эритроцитарные мембраны в качестве модели для исследования мембранных характеристик как критериев тяжести эндогенной интоксикации при ОТМН.

Цель исследования. Выявить стадийность изменения качества мембран эритроцитов в корреляции с некоторыми биохимическими показателями эндогенной интоксикации, а также с патоморфологическими локальными изменениями кишечной стенки.

Материал и методы. Исследования проведены на 200 крысах с моделированной ОТМН. Были изучены проницаемость эритроцитарных мембран (ПЭМ) по степени мочевинового гемолиза эритроцитов, сорбционная способность эритроцитов (ССЭ) по интенсивности сорбции метиленового синего мембраной эритроцита, содержание продуктов перекисного окисления липидов (ППОЛ) — диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, средних молекул (СМ), общих липидов, ферментов крови, изучались патоморфологические изменения в стенке тонкой кишки. Забор материала и оценку показателей проводили в сроки — 6, 18, 24, 40 часов с момента перевязки кишки.

Результаты. Выявлена фазность изменений ПЭМ и ССЭ. К 18 часам развития ОТМН отмечалось увеличение ПЭМ на $11,4 \pm 0,41\%$ ($p < 0,001$) от исходного уровня с последующим снижением этого показателя на $9,7 \pm 0,63\%$ ($p < 0,001$) к 36 часам. В эти же сроки величина ССЭ сначала падала ниже нормы и составила $20,3 \pm 3,8\%$ ($p < 0,01$), в последующем вновь возрастала до $42,7 \pm 1,5\%$ ($p < 0,01$). Выявленные изменения свойств мембран эритроцитов имели достоверную корреляцию с другими биохимическими изменениями (СМ, ППОЛ, липиды крови, ферменты), а также патоморфологическими изменениями в кишечной стенке и свидетельствовали о этапности развития эндогенной интоксикации — токсическом повреждении мембранных структур, сопровождающейся высокой их проницаемостью, с последующим переходом к патологическому уплотнению по мере усугубления эндотоксикоза.

Вывод. На экспериментальной модели ОТМН определена стадийность изменения качества мембран эритроцитов и фиксирован момент их качественного изменения, за которым следует полиорганная недостаточность. Используя ПЭМ и ССЭ как интегральные показатели, мы получаем технически простой, оперативный, высокоспецифический способ верификации степени тяжести эндогенной интоксикации.

МАЛЬАБСОРБЦИЯ КАК ПРИЧИНА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОБТУРАЦИОННОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов, С. Ф. Алекперов, О. В. Крутилина
г. Москва

Установлено, что до 80% больных раком ободочной кишки поступают в хирургические отделения с обтурационной кишечной непроходимостью. По данным литературы, требуется не менее двух лет с момента возникновения опухоли до развития обтурационной кишечной непроходимости. Полной обтурации кишки предшествует длительное, до полугода и более, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишки: боли в животе; устойчивые запоры, чередующиеся с поносами; затруднение отхождения газов; вздутие живота. При обзорной рентгенографии брюшной полости, даже без явлений обтурации кишки, выявляют пневматизацию ободочной и тонкой кишки. Это свидетельствует о длительном существовании стенозирующей опухоли и внутрикишечной гипертензии до момента яркой клинической манифестации заболевания кишечной непроходимостью.

Обобщили результаты обследования 352 больных обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимостью за 10 лет на базе ГКБ № 67 г. Москвы.

Наши данные УЗИ свидетельствуют о сохранении не более 6—7 мм просвета кишки при кишечной непроходимости, что подтверждали изучением макропрепарата.

Гистологические исследования показали, что постепенно развивающаяся гипертензия способствовала гипертрофии мышечного слоя ободочной или тонкой кишки, а у части больных — ободочной и тонкой одновременно в зависимости от локализации опухоли, с дистрофическими изменениями в мышечных волокнах и миогенной дилатацией с последующей тоногенной дилатацией кишки и расширением ее просвета. По мере декомпенсации функции ободочной кишки с отеком стенки, лимфостазом, воспалительными изменениями в ней, нарастали изменения и в тонкой кишке. Особенно при декомпенсированной непроходимости, при этом обнаруживали возникновение язв в тонкой кишке на фоне артериальных стазов и венозных тромбозов. Такие изменения в ЖКТ приводили к развитию синдрома мальабсорбции.

Исследования секционного материала выявляли дистрофические изменения паренхиматозных органов и скелетной мускулатуры как косвенные признаки длительно существующего синдрома мальабсорбции и белково-энергетической недостаточности.

В целях определения степени полиорганной недостаточности изучали изменения гемодинамики на основании данных эхокардиографии, ЦВД, исследования КОС, электролитного состава крови, ЭКГ.

Функции печени и почек определяли радиоизотопными и биохимическими методами.

Так, исследование гемодинамики выявило снижение ударного объема на фоне учащения сердечных сокращений с повышением минутного объема сердца. Гипердинамический тип кровообращения имел место на фоне снижения общего периферического сосудистого сопротивления. Это сопровождалось метаболическим алкалозом в артериальной крови на фоне внеклеточной гипокалиемии. Учитывая, что алкалоз способствует смещению кривой диссоциации оксигемоглобина влево, больные находились в условиях тканевой гипоксии, что отражал метаболический ацидоз венозной крови. Отрицательное ЦВД, отражающее гиповолемию, усугубляло полиорганную недостаточность.

О нарушении функции печени свидетельствовало повышение ЛДГ и снижение коэффициента де Ритиса ниже единицы, а функции почек — олигурия, протеинурия.

Пришли к выводу, что длительно протекающая мальабсорбция на фоне кишечной гипертензии и раковой болезни ведет к критической белково-энергетической недостаточности, приводящей к полиорганной недостаточности.

СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЕКТОМИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ЛЕВОСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ

А. А. Рововой, М. Д. Мнацаканян
г. Краснодар

Субтотальная колектомия при острой толстокишечной непроходимости с левосторонней локализацией опухоли позволяет расширить показания к применению первичных анастомозов, ограничить оперативное лечение одним этапом, улучшить социальные условия жизни больных.

Цель работы. Показать эффективность субтотальной колектомии при декомпенсированной форме острой толстокишечной непроходимости с левосторонней локализацией опухоли.

Методы. За 1998 — 1999 гг. прооперированы 23 больных с декомпенсированной формой острой толстокишечной непроходимостью с левосторонней локализацией опухоли. Из них 15 женщин и 8 мужчин. Были сформированы илеодесцендо-анастомозы в 5 случаях и илеосигмо-анастомозы в 18 случаях. Большое внимание уделялось технике наложения анастомозов. При анастомозах использовался инвагинационный метод. Формировались анастомозы «конец в бок» с применением мононити.

Результаты. Летальность отсутствовала. Осложнения в виде нагноений раны наблюдались в двух случаях. Несостоятельность анастомоза не отмечена. Учащение акта дефекации имелось у одного больного до трех раз.

Средний койко-день этих больных в стационаре составил 14 дней.

Заключение. Субтотальная колектомия при декомпенсированной форме острой кишечной непроходимости с расположением опухоли в левых отделах позволяет:

- Удалить проксимальную часть кишки с токсичным содержимым.
- Сформировать первичный анастомоз в условиях адекватного регионарного кровообращения.
- Добиться быстрой медицинской и социальной реабилитации при максимальном радикализме по отношению к опухоли.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Э. И. Романов, Н. А. Ерастов, А. В. Шахов
г. Н. Новгород

За последние 5 лет (1995—1999 гг.) число больных ОСКН выросло по сравнению с предыдущим пятилетием на 79,4%, хирургическая активность увеличилась с 36,8 до 49,2%. Позднее 24 часов от начала заболевания в первом пятилетии доставлено 55,4% больных, во втором — 36,2%. Сокращение сроков доставки больных в хирургическое отделение способствовало снижению частоты резекций кишечника при ОСКН с 52 до 20% и послеоперационной летальности с 8 до 6,7%. Диагностические ошибки и необоснованно длительное консервативное лечение приводят к тому, что с момента поступления больного до операции нередко проходит от 4 часов до суток (в среднем 15 часов).

За последние 2 года в нашей клинике выполнено 11 лапароскопических операций при ОСКН без летальных исходов. Мы выполняем их на ранних стадиях развития непроходимости у больных без обширных и повторных брюшнополостных операций в анамнезе, без признаков перитонита, тяжелого эндотоксикоза и выраженного метеоризма. Единичные шнуровидные спайки, вызывавшие непроходимость у большинства из них, рассекались биокоагулятором или ножницами после их клипирования или лигирования. Минимальная травматичность операции, быстрое восстановление перистальтики кишечника и ранняя активизация больных уменьшают вероятность прогрессирования у них спаечной болезни брюшной полости.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Э. И. Романов, А. В. Шахов
г. Н. Новгород

Из 120 летальных исходов при ОКН, имевших место в хирургических стационарах г. Н. Новгорода в разные годы (муж. — 61, жен. — 59, средний возраст 63,2 года), больные с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) составили 80,8%. В 46,7% случаев причины смерти были связаны с поздним хирургическим вмешательством: позднее обращение за медицинской помощью — 33 человека, диагностические ошибки — 10, длительное консервативное лечение — 9, отказ больных от операции — 4. Летальные осложнения во время операции наступили у 8 больных (6,6%): остановка сердца на операционном столе — 5, регургитация и аспирация рвотных масс — 2, острая сердечная недостаточность — 1. 30% среди причин летальных исхо-

дов составили внутрибрюшные осложнения: несостоятельность кишечных швов и анастомозов — 22, продолжающийся перитонит и абсцессы брюшной полости — 10, ранняя послеоперационная ОСКН — 4. Развитию их способствовали неправильный выбор объема резекции некротизированного кишечника, непринятие мер по его декомпрессии, несовершенная техника кишечного шва, неполноценные санация и дренирование брюшной полости. У 20 больных к летальному исходу на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний привели сердечно-сосудистая (9) и печеночно-почечная недостаточность (3), пневмония (4), тромбоэмболия легочной артерии (2) и острое нарушение мозгового кровообращения (2). Для снижения летальности при ОКН необходимо сокращение сроков доставки больных в стационар, ранняя диагностика и адекватная операция, интенсивная коррекция гомеостаза, профилактика и лечение полиорганной недостаточности.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ИЛЕУСА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

О. О. Руммо, В. В. Кирковский, С. И. Третьяк, И. М. Ровдо
г. Минск

Для коррекции нарушений внутрикишечного статуса при кишечной непроходимости, вызванной различными причинами, нами был разработан трехпросветный желудочно-кишечный зонд. Один просвет зонда дренирует желудок и 12-перстную кишку, второй — тощую и третий — подвздошную кишку. Использование зондов данной конструкции позволяет проводить адекватную декомпрессию желудочно-кишечного тракта и изучать характер патобиологических изменений на разных уровнях кишечника и в зависимости от выявленных отклонений проводить коррекцию синдрома энтеральной недостаточности.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с кишечной непроходимостью за счет адекватной коррекции нарушений внутрикишечного статуса.

Проведено изучение характера лечебного действия различных лекарств, которые вводили в просвет желудочно-кишечного тракта у 123 больных с кишечной непроходимостью, которым во время операции проводили назогастроинтестинальную интубацию трехпросветным зондом. Контрольную группу составили 102 пациента, которым проводилась декомпрессия тонкой кишки однопросветным зондом. Изучали влияние гипохлорита натрия, угольного энтеросорбента и бактериальных препаратов на количественный и видовой состав кишечной микрофлоры, токсичность содержимого различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также всасывающую способность тонкой кишки и уровень эндотоксикоза в организме.

Полученные данные свидетельствуют, что введение гипохлорита натрия позволяет нормализовать количественный состав микрофлоры желудка и 12-перстной кишки, но не устраняет дисбактериоз тонкой кишки и не оказывает существенного влияния на токсичность кишечного содержимого и уровень эндотоксикоза в организме. Сочетанное применение гипохлорита натрия и угольного энтеросорбента приводит к снижению токсичности кишечного содержимого и уровня эндотоксикоза в организме, но не устраняет дисбактериоз тонкой кишки. Дополнение методики коррекции введением бактериальных препаратов позволяет эффективно корректировать дисбактериоз тонкой кишки.

На основании полученных данных разработана комплексная методика коррекции нарушений внутрикишечного статуса. Суть ее состоит в подавлении избыточной бактериальной колонизации различных отделов с помощью гипохлорита натрия с последующим связыванием токсических субстанций и сорбцией микроорганизмов крахмал-стабилизированной суспензией угольно-волоконистого сорбента «Белосорб П» и «заселением» тонкой кишки физиологическими штаммами бактерий. Гипохлорит натрия вводят во все каналы трехпросветного зонда. Энтеросорбент и бактериальный препарат — в тощую и подвздошную кишки. При применении предлагаемой методики уже со вторых суток после операции можно начинать раннее энтеральное питание. В этом случае препараты для раннего энтерального питания необходимо вводить в тощую кишку. Использование предложенной методики позволяет ускорить выздоровление пациентов, уменьшить количество осложнений и снизить послеоперационную летальность у больных с запущенными формами кишечной непроходимости с 11,8 до 7,3%.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

О. О. Руммо, В. В. Кирковский, С. И. Третьяк, А. Е. Мерзляков, С. В. Коротков
г. Минск

Известно, что существенное влияние на тяжелое течение раннего послеоперационного периода при кишечной непроходимости различного генеза оказывает дисбактериоз кишечника.

Для коррекции внутрикишечного статуса при данной патологии мы применяем трехпросветные желудочно-кишечные зонды оригинальной конструкции. Один канал зонда дренирует желудок и 12-перстную кишку, второй — тощую, третий — подвздошную кишку. Длительность назоинтестинальной интубации составляла обычно 4—5 суток.

Целью нашего исследования явилась разработка комплекса лечебных мероприятий, позволяющих улучшить результаты лечения больных, оперированных по поводу запущенной кишечной непроходимости различного генеза, за счет коррекции дисбактериоза тонкой кишки.

Исследования проводили в двух группах больных. Первую составил 41 пациент с кишечной непроходимостью, которым производилась деконтаминация кишечника при помощи гипохлорита натрия, который вводили во все каналы трехпросветного зонда. Вторую — 38 больных, которым проводили коррекцию дисбактериоза по разработанной нами методике. Суть ее состоит в подавлении избыточной бактериальной колонизации различных отделов с помощью гипохлорита натрия с последующим связыванием токсических субстанций и сорбцией микроорганизмов крахмал-стабилизированной суспензией угольного сорбента «Белосорб» и «заселением» кишечника физиологическими штаммами кишечной микрофлоры (использовали бактериальный препарат «Бактолакт», который вводили селективно в тощую и подвздошную кишки).

В процессе исследования изучали количественный и видовой состав аэробной и анаэробной микрофлоры в различных отделах интубированного трехпросветным зондом ЖКТ. На 9-е сутки после операции у больных исследуемых групп производили посев кала на дисбактериоз.

Проведенные исследования количественного состава кишечной микрофлоры в первой группе свидетельствовали о грубых расстройствах процессов вегетации интестинальных микроорганизмов у больных с илеусом различного генеза. Полученные результаты свидетельствуют, что в первые двое-трое суток происходило увеличение числа микроорганизмов в 1 мл содержимого тощей и подвздошной кишок, а в желудочно-дуоденальном отделе количество микрофлоры постепенно снижалось. В дальнейшем с восстановлением перистальтики количество колоний образующих единиц в 1 мл содержимого уменьшалось, но к моменту извлечения зонда сохранялся тяжелый дисбактериоз всех интубированных отделов желудочно-кишечного тракта.

Во второй группе с первых суток после операции происходило неуклонное снижение количества микроорганизмов в 1 мл содержимого всех интубированных отделов ЖКТ, и к моменту извлечения зонда удалось нормализовать количественный и видовой состав микрофлоры всех изучаемых отделов кишечника.

При оценке результатов посева кала на дисбактериоз оказалось, что у большинства больных второй группы определялся дисбактериоз первой степени, в то время как у больных первой группы — третьей степени. Летальность в первой группе составила 12,2%, а во второй — 7,9%.

Таким образом, использование в комплексном лечении больных с кишечной непроходимостью разработанной методики позволяет улучшить результаты лечения больных и снизить послеоперационную летальность за счет эффективной коррекции дисбактериоза тонкой кишки.

ТЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В СВЕТЕ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

В. В. Рыбачков, М. И. Майоров, О. А. Моканов, А. Н. Чирков, О. Н. Гужков, С. Ф. Редько
(г. Ярославль)

На основании клинко-экспериментальных исследований прослежены особенности течения острой спаечной кишечной непроходимости. Клинические исследования проведены у 178 больных, экспериментальные — на 120 животных с моделью кишечной непроходимости на уровне подвздошной кишки. В результате установлено, что в первые сутки непроходимости в плазме крови отмечается существенный рост адреналина (на 42%), норадреналина (в 6 раз), глюкокортикоидов (в 2 раза), гистамина (на 16%) и серотонина (в 3,3 раза). Это происходит на фоне снижения адреналина и норадреналина в мозговом слое надпочечников, печени и повышения этих соединений в миокарде и почках. К третьим суткам непроходимости концентрация катехоламинов и глюкокортикоидов в плазме крови снижается при дальнейшем нарастании их содержания в миокарде (на 195%).

Выявленные гуморальные изменения находились в прямой зависимости с показателями вариационной пульсометрии. По мере преобладания симпатической нервной системы повышалась вероятность летальных исходов. На 1-е сутки непроходимости индекса напряжения составил 200,0, на 2-е — 375,2, на 3-е — 400,3, в случае летальных исходов — 994,6. В зависимости от сроков илеуса летальность колебалась от 12% (1-е сутки) до 47,6% (более 3-х суток).

На основании проведенных исследований можно предположить, что направленное ослабление повышенной активности нервной симпатической системы окажет позитивное влияние на результаты лечения данного контингента больных.

При оценке эффективности методов коррекции установлено, что наиболее нормализующее влияние на повышенную симпатическую активность оказывает интубация кишечника и энтеросорбция. Эффективность гипербарической и энтеральной оксигенации, а также внутрисосудистого лазерного облучения крови менее выражена.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РАННЯЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

В. В. Рыбачков, О. Н. Гужков, М. И. Майров, С. Ю. Белокуров, О. А. Моканов
г. Ярославль

По поводу послеоперационной ранней кишечной непроходимости оперированы 125 больных, что составило 0,33% ко всем лапаротомиям. Возраст пациентов колебался от 15 до 90 лет, мужчины и лица старшей возрастной группы составили 81,5% и 29,5% соответственно.

Послеоперационный илеус наиболее часто развивался после аппендэктомии (22,9%), ушивания ран полых и паренхиматозных органов (18,1%), рассечения спаек (13,3%) и резекции желудка (12,2%). Первичное хирургическое пособие 76,7% больных выполнялось в экстренном порядке, у 44,8% пациентов имел место перитонит. В 43,3% лапаротомия заканчивалась дренированием брюшной полости и в 10% — трансназальной интубацией кишечника.

Причины послеоперационного илеуса следующие: спаечный (79,4%), идиопатический парез (12,8%), странгуляция (4,3%), обтурация (3,5%). У 81,9% больных первые симптомы осложнения отмечались на 2 — 6-е сутки послеоперационного периода, а клиническая картина имела стертые проявления.

Особенности клинической картины заключались в снижении частоты и изменении характера болевого синдрома, появлении симптомов раздражения брюшины, рецидивирующего пареза кишечника, снижении частоты диспепсических расстройств, выраженной тахикардии на фоне отсутствия температурной реакции и дисбаланса показателей гомеостаза.

Своевременная диагностика послеоперационной ранней кишечной непроходимости определялась комплексом диагностических мероприятий, включающих в себя динамику клинической картины, показателей гомеостаза, рентгенологическое и ультразвуковое исследования и лапароскопию. Диагностическая возможность последних позволяет выявить возникающие осложнения в ранние сроки.

Комплексная, интенсивная, поливалентная терапия после релапаротомии, направленная на борьбу с эндогенной интоксикацией, включающая в себя традиционную инфузионную терапию, методы экстракорпоральной и окислительной детоксикации с внутриаортальным введением лекарственных препаратов, позволила снизить летальность до 14,6%.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ОЦЕНКА КИШЕЧНОГО КРОВОТОКА С ПОМОЩЬЮ ЛАЗЕРНОЙ ФЛОУМЕТРИИ

Б. Д. Савчук, В. И. Ульянов
ЦКБ медцентра Управления делами Президента России

Оценка жизнеспособности кишки, подвергшейся временной ишемии при кишечной непроходимости, чаще всего проводится только органолептическими методами и поэтому не всегда достоверна. В результате возникает риск оставления нежизнеспособной части кишки в брюшной полости с последующим развитием ее гангрены и перитонита. С целью более объективного и точного суждения о степени нарушения кровотока в кишечной стенке мы использовали интраоперационную доплеровскую флоуметрию, выполняемую на аппарате «PERIMED» (гелий-неоновый лазер, производства Швеции). Вначале были вычислены показатели нормального импедансного кровотока в тонкой кишке при 36 плановых лапаротомиях, которые составили 16 — 42 V.

В последующем аналогичные показатели были измерены у 13 больных острой кишечной непроходимостью различного генеза, они составили от 4 до 19 V. Наши предварительные исследования показывают, что доплеровская лазерная флоуметрия может быть использована для объективной оценки жизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости. Очевидно, пограничным критерием и показанием к резекции кишки служит величина импедансного кровотока в пределах 10—12 V.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. П. Сажин, А. Л. Авдоденко, А. Ю. Носов, А. В. Сажин
г. Новоосковск

В период с 1995 по 1999 гг. под нашим наблюдением находились 265 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью (ОТКН) опухолевого генеза

в возрасте от 24 до 92 лет. Женщин — 148 (55%), мужчин — 117 (45%). По степени выраженности ОТКН все больные были разделены на 3 группы. ОТКН-I (компенсированная) — 159 (60%) больных, ОТКН-II (субкомпенсированная) — 45 (17%) больных и ОТКН-III (декомпенсированная) — 61 (23%). У 15 (5,6%) больных имелись местные гнойные осложнения рака (абсцесс, перфорация опухоли, перитонит).

Рак III стадии диагностирован у 145 (54,7%) больных и IV стадии у 120 (45,3%) больных. По локализации: опухоли правой пуповины ободочной кишки встретились в 19,2% случаев; поперечно-ободочной кишки — 4,1%, в левой половине ободочной кишки — в 76% и в 0,7% случаев встретился первично-множественный рак.

Тактика выбора объема и этапности операций зависела от степени выраженности ОТКН, стадии рака, наличия внутрибрюшных осложнений и от тяжести состояния больного.

При ОТКН-I выполняли одноэтапные операции. У больных с III стадией рака в 49 (30,8%) случаях выполнена радикальная резекция толстой кишки с первичным анастомозом ручным одно-, двухрядным или механическим швом, в 34 (21,4%) случаях выполнена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. При раке IV стадии в 7 (4,4%) случаях выполнена паллиативная резекция ободочной кишки с первичным анастомозом и у 69 (43,4%) больных наложены обходные анастомозы или колостомы. Осложнения развились у 5 (3,1%) больных, умерли 6 (3,7%) больных.

При ОТКН-II выполняли одно-двухэтапные операции. При III стадии рака у 12 (26,6%) больных выполнена резекция толстой кишки с первичным анастомозом, а у 16 (35,4%) с формированием колостомы. При IV стадии рака у 17 (37,8%) наложены колостомы. Осложнения развились у 5 (11,1%) больных, умерли 2 (4,4%).

При ОТКН-III и при осложнениях рака выполнялись экстренные одно-, трехэтапные операции.

У больных с III стадией рака в 9 (14,7%) случаях выполнена операция Гартмана, в 4 (6,5%) случаях резекция толстой кишки по Микуличу, в 3 (4,9%) случаях правосторонняя гемиколэктомия с колостомой и у 18 (29,5%) больных наложена колостома. При IV стадии рака у 23 (37,7%) больных наложены паллиативные колостомы и у 4 (6,6%) больных при правосторонней локализации рака наложены обходные анастомозы. При перитоните в 5 (8,1%) случаях операции заканчивались наложением лапаростомы для проведения этапных санаций брюшной полости. Осложнения развились у 4 (6,5%) больных, умерли 7 (11,4%) больных.

Таким образом, дифференцированный подход в выборе объема и этапности операции при ОТКН позволяет свести к минимуму процент осложнений и летальности при данной патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Н. Н. Салимжанов

Акмолинская область, Казахстан

В Зерендинской ЦРБ Акмолинской области проведено хирургическое лечение 87 больных в возрасте от 14 до 86 лет с острой кишечной непроходимостью. Женщин — 47 человек, мужчин — 40 человек. 72,4% составляют больные спаечной кишечной непроходимостью, опухоли (16,1%), завороты (4,6%), инвагинация (4,6%), злоообразование (2,3%).

Выбор и объем оперативного вмешательства определялся в зависимости от уровня локализации, формы заболевания и тяжести общего состояния больного. В первые 6 часов после поступления оперированы 43 (49,4%) больных, до 12 часов — 22 (25,3%), до 24 часов — 15 (17,2%), позже 24 часов — 7 (8,1%).

Из 87 оперированных больных непроходимость была ликвидирована без резекции кишки у 68 (78,2%), с резекцией тонкой кишки — 14 (16,1%), толстой — 5 (5,7%). У 18 (20,7%) больных до операции установлена острая кишечная непроходимость с развитием перитонита. Из них у 12 выполнена резекция тонкой кишки и у 6 — толстой кишки. У 14 из них с наложением стомы.

Комплекс лечебных мероприятий, начатых в период предоперационной подготовки и операции, следует продолжать и после операции. Интенсивная терапия проводилась под контролем определения показателей гомеостаза в зависимости не только от тяжести и формы заболевания, но и срока его возникновения и объема операции. Из 87 больных умерли 11 (12,6%) больных. Причинами смерти у 7 явились продолжающийся перитонит, у 2 — сердечно-легочная недостаточность, у 1 — печеночно-почечная недостаточность, у 1 — истощение вследствие тонкокишечного свища.

Таким образом, применение разработанной тактики лечения острой кишечной непроходимости позволило снизить летальность до 12,6%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

П. Я. Сандаков, А. В. Тепликов, Е. Т. Курченко, В. И. Поздняков, А. П. Загорятин
г. Пермь

Цель нашего исследования — изучить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью, госпитализированных в хирургические отделения городской клинической больницы № 6 г. Перми в течение последних 5 лет.

С 1995 по 1999 гг. в клинике находились 787 пациентов с острой кишечной непроходимостью, среди которых были 453 (57,5%) женщины и 334 (42,5%) мужчины в возрасте от 17 до 98 лет. Обращало внимание, что 46% больных были людьми пожилого и старческого возраста (65 лет и старше).

Консервативному лечению были подвергнуты 488 (68%) пациентов, из которых 476 выздоровели. Летальность составила 2,5%.

Оперировано было 299 (38%) больных. У 138 пациентов (46,1%) из числа оперированных отмечалась спаечная форма. Из них в 7,2% случаев проводились оперативные вмешательства в связи с ранней послеоперационной кишечной непроходимостью. При операциях в 83,1% случаев удалось ограничиться рассечением спаек, у остальных больных выполнялась резекция кишки с наложением первичного анастомоза или колостомы. Летальность при спаечной кишечной непроходимости составила 13,8%.

50 пациентам операция выполнялась по поводу заворота тонкой (14), слепой (1) и сигмовидной (16) кишки, инвагинации (3), узлообразования (2) и ущемления при вентральных грыжах (14). Летальность в этой группе составила 20%.

Среди 97 больных, оперированных по поводу обтурационной кишечной непроходимости, у 92 (94,8%) она была обусловлена злокачественными новообразованиями, у 4 — инородным телом толстой кишки и у 1 — неспецифическим язвенным колитом. Радикальные операции в группе с онкологическими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта оказались возможными у 36 из 92 пациентов (39%). Летальность в группе оперированных по поводу обтурационных форм кишечной непроходимости составила 33,1%.

Общий процент летальности при консервативном и оперативном лечении острой кишечной непроходимости за последние 5 лет составил 9,8%.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. М. Седов, Д. А. Смирнов
г. Санкт-Петербург

Синдром эндогенной интоксикации является основной причиной смерти больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Современные исследователи определяют эндотоксикоз как типовой, стадийно протекающий аутокаталитический патологический процесс. «Универсальный эндотоксин» отсутствует, патологическое действие оказывается биологически активными веществами различного происхождения.

Исходя из подобного представления рассмотрена динамика эндотоксикоза у больных с ОКН. Изучались концентрация веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ), как показатель токсемии, лейкоцитоз и лейкоцитарный индекс интоксикации Я. Я. Кальф-Калифа (ЛИИ) как маркеры состояния неспецифического иммунитета и активность внутриклеточной протеиназы — катепсина В — в качестве признака цитолиза.

Установлено значительное и достоверное повышение исследуемых показателей у больных с ОКН практически вне зависимости от срока и формы механической кишечной непроходимости. Концентрация ВНСММ составила в среднем $0,42 \pm 0,06$ ед. при норме $0,285 \pm 0,019$ ед. ($p < 0,05$), лейкоцитоз достигал $11,51 \pm 1,54 \times 10^{12}$ /л, ЛИИ — $5,99 \pm 2,04$. Активность катепсина В в крови превысила контрольную на 259,63% ($p < 0,001$). Динамика указанных величин в послеоперационном периоде подчинялась одним законам. В первые сутки после операции экстинкция ВНСММ возрастала на 52,27% ($p < 0,01$), затем при неосложненном течении снижалась, нормализуясь к 5–6-м суткам после операции. Динамика ЛИИ прямо коррелировала с изменением показателя ВНСММ (коэффициент 0,89 при $p < 0,01$). Аналогичным образом изменялась активность катепсина В. Таким образом, ОКН независимо от давности заболевания и формы его сопровождается эндотоксикозом. В дооперационном периоде у большинства больных функциональная система детоксикации обладает компенсаторными ресурсами. Ранний послеоперационный период наиболее опасен для развития декомпенсации. Комплексное исследование содержания в крови веществ низкой и средней молекулярной массы, лейкоцитарных показателей и маркеров функции органов системы детоксикации наиболее отчетливо отражают выраженность эндотоксикоза и его динамику.

Отдельный этап изучения эндотоксикоза при ОКН был посвящен состоянию микроциркуляции в кишечной стенке, поскольку кишка является органом, недостаточность которого инициализирует и поддерживает эндотоксикоз. Работа проводилась

с применением отечественного лазерного доплеровского флоуметра ЛАКК-01 (НПО «ЛАЗМА», г. Москва). На основании полученных данных представляется, что первичные нарушения микроциркуляции происходят в ущемленной кишке, причем существует критический срок ишемии, при котором восстановление магистрального кровотока не приводит к восстановлению тканевой перфузии в силу развития феномена no-reflow. Изменения капиллярного кровотока в приводящей петле носят преимущественно вторичный характер и определяются гиповолемией и эндотоксикозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И. В. Сергеев, А. В. Алленов, Т. К. Ковалева, Г. А. Зюлькин
г. Пенза

Острая кишечная непроходимость (ОКН) занимает одно из ведущих мест в структуре экстренной абдоминальной патологии, сопровождаясь высокой летальностью, которая не имеет существенной тенденции к снижению.

В экстренном хирургическом отделении Пензенской областной больницы за период 1991—1999 гг. лечились 407 больных ОКН. 165 больным (40,5%) из 407 госпитализированных ОКН удалось разрешить консервативными мероприятиями.

Операции выполнены 242 больным (59,5%). Возраст оперированных больных — от 15 до 83 лет. Больные в большинстве случаев оперированы в первые 6 часов после поступления в хирургический стационар. Этого времени достаточно, по нашему мнению, для выполнения диагностических мероприятий и проведения адекватной предоперационной подготовки. У 229 больных (94,6%) причиной ОКН был спаечный процесс. Эти больные ранее перенесли различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, причем наиболее частой операцией была аппендэктомия (54 больных — 22,3%). Заворот тонкой кишки имелся у 13 оперированных (5,4%).

Оперативные вмешательства всем больным выполнены под интубационным наркозом. Обычный доступ — срединная лапаротомия. Непременным условием операции была тщательная ревизия органов брюшной полости после обязательной блокады корня брыжейки тонкой кишки и зоны верхней брыжеечной артерии раствором новокаина. Восстановление проходимости кишки осуществлялось путем достаточного энтерополаза. 12 больным произведено расправление заворота тонкой кишки и 1 больному по поводу заворота вынуждены были выполнить его резекцию. Всего же резекция тонкой кишки выполнена 19 больным (7,85%). Непрерывность тонкой кишки у 17 больных восстановлена внутрибрюшными анастомозами, у 2 больных ограничилась формированием илеостомы. Зондовая декомпрессия тонкой кишки выполнена 197 (81,4%) из 242 оперированных пациентов. Чаще применяли назоинтестинальную интубацию, реже — через У-образную энтеростому.

Послеоперационные осложнения отмечены у 13,2% оперированных. Послеоперационная летальность составила 5,4%.

Таким образом, ранняя операция и адекватная декомпрессия кишечника при ОКН позволяют в большинстве случаев получить вполне удовлетворительные результаты.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Г. М. Смаков, Ю. В. Куницкий, В. И. Карпов, П. В. Эктов
г. Москва

Опухоли тонкой кишки и баугиневой заслонки наблюдаются довольно редко — в пределах 0,06—4% и 0,3—0,4% соответственно по отношению ко всем опухолям желудочно-кишечного тракта. Патогномоничных симптомов при этом нет. Больные госпитализируются в хирургический стационар в экстренном порядке и оперируются, как правило, с клинико-рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости. Истинная причина заболевания диагностируется чаще всего на операции.

Под нашим наблюдением находились 8 пациентов с опухолями тонкой кишки (3) и баугиневой заслонки (5) в возрасте 52—72 лет. Из них 5 мужчин и 3 женщины. Оперированы 7 больных (в день госпитализации) с диагнозами: острая кишечная непроходимость (5), кишечное кровотечение (1) и острый аппендицит (1). В одном наблюдении опухоль подвздошной кишки (карциноид) явилась секционной находкой при вскрытии трупа больного, умершего дома от острой сердечной недостаточности. Во время операции во всех случаях выявлена картина острой обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленной опухолью тощей (1), подвздошной (1) кишок и баугиневой заслонки (5). У 5 больных кишечная непроходимость разрешена выполнением радикальной операции: в 2 случаях — резекцией тонкой кишки и у 3 больных — правосторонней гемиколэктомией. У 2 пациентов, выполнены паллиативные операции — обходной илеотрансверзоанастомоз, поскольку радикальная операция у них была невыполнима из-за распространенности опухолевого процесса. Все оперативные пособия заканчивали назоинтестинальной интубацией.

После операции умер один больной (на третьи сутки) от крупноочагового инфаркта миокарда. В остальных случаях послеоперационный период протекал без особенностей, больные выписаны домой.

При гистологическом исследовании опухолей выявлены: слизееобразующая аденокарцинома различной степени дифференцировки (4), перстневидноклеточный рак (1), карциноид (1) и ангиофиброма (1). В одном случае (при паллиативной операции) биопсия опухоли не осуществлялась.

Приведенные наблюдения свидетельствуют, что острая кишечная непроходимость в ряде случаев может быть следствием опухоли тонкой кишки или баугиневой заслонки.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. А. Совцов, В. Ю. Подшивалов, С. Г. Абдуллин
г. Челябинск

Внедрение в хирургическую практику новых медицинских технологий позволяет значительно улучшить результаты обследования и лечения больных. Так, при острой кишечной непроходимости мы у 374 больных в качестве скрининга применяли ультразвуковые диагностические приемы. Нами уточнены и использованы 7 основных ультразвуковых признаков кишечной непроходимости: 1) увеличение диаметра кишечных петель, 2) признаки внутрипросветного депонирования жидкости, 3) выявление складчатости слизистой оболочки кишки (симптом растянутой пружины), 4) утолщение стенки кишки, 5) маятникообразный характер перистальтики, 6) несмещаемость кишечных петель при изменении положения тела больного, 7) наличие свободной жидкости. Исследования выполняли всем больным при подозрении на кишечную непроходимость и повторяли их в динамике каждые 2—3 часа. Критериями положительной динамики проводимого лечения считали: 1) уменьшение количества кишечных петель с внутрипросветным депонированием жидкости, 2) уменьшение количества анатомических областей, в которых визуализировались расширенные петли кишки, 3) уменьшение диаметра кишечных петель, 4) исчезновение симптома «растянутой пружины», 5) появление нормальной кишечной перистальтики, 6) отсутствие нарастания количества свободной жидкости в брюшной полости. Использование этой методики позволило нам снизить число рентгеноконтрастных исследований, в том числе и с пассажем бария, до 11,5%, а число диагностических ошибок при острой кишечной непроходимости в 1,5 раза. Известно, что каждая лапаротомия у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью ведет к образованию новых спаек и новым, более тяжелым операциям. В связи с этим нами у 36 больных в возрасте от 14 до 48 лет было выполнено лапароскопическое устранение причин кишечной непроходимости путем рассечения спаек.

Накопленный нами опыт свидетельствует о высокой степени риска повреждения кишечной петли и ее брыжейки при введении первого инструмента в брюшную полость. Уменьшить или избежать развития этих осложнений позволяют следующие приемы: 1) активное использование ультразвуковых методик позволяет значительно сократить сроки наблюдения, а следовательно, и нарастание пареза кишечника, 2) это же позволяет правильно выбрать место для пункции живота в зоне отсутствия фиксированной петли кишки, 3) использование «нестандартных» приемов: а) «открытый» способ наложения превоперитонеума; б) «однопрокольная» лапароскопия; в) пункция брюшной стенки оптической иглой; г) использование наборов для минилапароскопии (2—2,5 мм, троакары).

НАША ТАКТИКА ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Е. А. Столяров, В. С. Дерябенко
г. Самара

Острая кишечная непроходимость является довольно грозным осложнением рака толстой кишки. Невольно всем urgentным хирургам приходится сталкиваться с трудностями в тактике, а также в объеме оказания помощи доставленным больным. Мы располагаем материалами по лечению рака толстой кишки у 408 больных, у 265 человек были опухоли III—IV стадии. Рак правой половины толстой кишки наблюдался у 114 больных.

Высокая летальность при острой кишечной непроходимости опухолевого генеза, а она у нас была 20,16%, потребовала пересмотреть тактику. В частности, при раке правой половины толстой кишки и кишечной непроходимости мы поступаем следующим образом. Проводим кратковременную предоперационную подготовку, затем накладываем илеотрансверзоанастомоз. Предварительно с помощью электроотсасывания через анус опорожняем толстую кишку. Пункцируем тонкую кишку и освобождаем ее от содержимого. Затем тщательно санируем брюшную полость. Остав-

ляем назоинтестинальный дренаж. По выходе больного из тяжелого состояния, вызванного кишечной непроходимостью, а на это уходит 9—12 дней, при резектабельности опухоли производим правостороннюю гемиколэктомию. В этот период гемиколэктомия становится менее опасной для жизни больного и в техническом отношении проще для хирурга.

Придерживаясь вышеизложенной тактики, мы из 42 оперированных потеряли одного пациента. Смерть наступила от эмболии легочных артерий.

Таким образом, выполняемые нами 2-этапные операции позволили улучшить результаты лечения больных с острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УСЛОВИЯХ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА

В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург, А. П. Михайлов, А. Б. Гуслев, В. С. Корелов, А. В. Кошечев
г. Санкт-Петербург

Мощное техническое развитие видеоэндохирургии и опыт клиницистов расширили возможности проведения вмешательств у группы больных с ранее перенесенными операциями на органах брюшной полости.

С 1994 года в городском центре лапароскопической хирургии Елизаветинской больницы совместно с фирмой «Auto Suture» проводятся отработка и анализ результатов видеоэндохирургических операций, выполненных в условиях спаечного процесса. Проведено 184 эндохирургических вмешательства у больных, ранее оперированных традиционно на этом же этаже брюшной полости (например, лапароскопическая холецистэктомия в условиях спаечного процесса после резекции желудка, вмешательства на поджелудочной железе; герниопластика или аппендэктомия после «традиционных вмешательств» из нижнесрединного доступа и т. д.).

При острой спаечной кишечной непроходимости выбор способа операции наиболее сложен. В случаях, когда непроходимость обусловлена единичными спайками, малотравматичная лапароскопическая операция является оптимальной и патогенетически обоснованной.

Мы располагаем опытом 8 операций у больных с ОКН после перенесенной аппендэктомии. Во всех наблюдениях после рассечения спаек отмечено выздоровление.

Ответственным этапом проведения вмешательства в условиях спаечного процесса является установка первого троакара. «Слепое» введение троакара представляет угрозу возникновения самых грозных осложнений. Мы оценили возможность использования видеотроакара «Visiport» (Auto Suture) при пункции передней брюшной стенки у 290 больных (184 — при проведении эндохирургических вмешательств; 106 — при выполнении диагностической лапароскопии) и изучили топографо-анатомические аспекты работы с этим инструментом с позиций безопасной пункции передней брюшной стенки.

Оценивая накопленный опыт проведенных операций, мы рекомендуем придерживаться следующей эндохирургической тактики у этой группы больных:

1. Операции должны проводиться бригадой хирургов, имеющих солидный опыт в эндохирургии.
2. Качественное проведение всех этапов эндохирургического вмешательства связано с использованием современного оборудования и инструментов.
3. Наиболее безопасной точкой для создания пневмоперитонеума и установки видеотроакара является точка Мак-Бурнея слева.
4. Дополнительные троакары устанавливаются в атипичных точках в зависимости от локализации и выраженности спаечного процесса с использованием эффекта трансиллюминации.
5. При устранении спаечного процесса, особенно вблизи полых органов, стараться исключить использование электрокоагуляции.
6. Основным критерием в отказе от лапароскопической операции у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости, должна являться диагностическая лапароскопия, желательна с применением видеотроакара «Visiport».

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ РАКОВОГО ГЕНЕЗА

П. А. Сусла, П. Г. Облапенко, П. В. Панфилов
г. Санкт-Петербург

Первичные злокачественные опухоли тонкой кишки относятся к сравнительно редким заболеваниям и встречаются в 1—3,5% среди новообразований желудочно-кишечного тракта. Излюбленная локализация — начальный отдел тощей и терминальный отдел подвздошной кишки.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 35 больных раком тонкой кишки, осложненным острой тонкокишечной непроходимостью, которые госпитализированы в клинику по поводу острых болей в животе. Возраст больных старше 40 лет. Из них

мужчин — 21, женщин — 14. Клиническая картина заболевания была чрезвычайно разнообразной и зависела от локализации опухоли. Так, при расположении опухоли в проксимальном отделе тонкой кишки боли преимущественно беспокоили в левом подреберье, в дистальном отделе — внизу живота или в илеоцекальной области. У большинства больных боли носили схваткообразный, скоропроходящий характер. Беспокоила тошнота, у некоторых — рвота. Объективные признаки — асимметрия и вздутие живота, «шум плеска» не всегда выражены. Пальпаторно опухоль в животе не определялась. У 25 больных до госпитализации отмечена потеря аппетита и массы тела, слабость, снижение трудоспособности, урчание в животе, поносы или запоры, что послужило поводом на догоспитальном этапе предположить язвенную болезнь или нейровегетативное состояние и явилось причиной поздней госпитализации. Диагностика рака тонкой кишки оказалась сложной даже в стационаре. Однако достоверным диагностическим методом был рентгенологический — пероральное фракционное изучение пассажа бария по тонкой кишке путем чреззондового контрастирования. Больные оперированы, выполнена резекция пораженного участка тонкой кишки с анастомозом «конец в конец». Опухоль была одиночна, и только в одном случае имела место двойная локализация в подвздошной кишке. У 30 больных опухоль находилась в подвздошной кишке на расстоянии около 1 м от илеоцекального угла, в остальных — в начальном отделе тощей кишки. При гистологическом исследовании у всех больных выявлена аденокарцинома. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Следовательно, основной причиной поздней диагностики рака тонкой кишки и его осложнений является длительное скрытое течение, а также отсутствие характерных патогномичных симптомов для данного заболевания.

СВОБОДНО-РАДИКАЛЬНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Р. М. Талипов, М. С. Кунафин, Р. Р. Фархутдинов
г. Уфа

Существующие методы лабораторной диагностики не позволяют достоверно судить о развитии непроходимости кишечника. Перспективным способом изучения процессов свободно-радикального окисления (СРО) является измерение хемилюминесценции (ХЛ), возникающее при взаимодействии свободных радикалов.

Нами была произведена попытка комплексного изучения процессов СРО при ОКН. Под наблюдением находились 27 больных с острой механической кишечной непроходимостью в динамике хирургического лечения в возрасте от 16 до 82 лет. До операции в группе обследованных больных было выявлено достоверное повышение интенсивности ХЛ крови. В процессе оперативного или консервативного лечения параллельно с улучшением состояния отмечена нормализация показателей ХЛ крови. Интенсивность ХЛ мочи была снижена у больных с явлениями почечной недостаточности. ХЛ плазмы крови снижалась при наличии эндогенной интоксикации. В случае отсутствия положительной динамики показателей ХЛ крови и мочи отмечалось тяжелое течение послеоперационного периода, стойкий парез кишечника, явления интоксикации, что потребовало в двух случаях релапаротомии по поводу ранней спаечной непроходимости и некупируемого перитонита.

Исследование ХЛ крови и мочи может служить экспресс-способом анализа оценки состояния больных ОКН и течения послеоперационного периода.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

С. В. Тарасенко, А. Л. Гуца, А. В. Федосеев, О. В. Зайцев, В. В. Артамонов
г. Рязань

В данной работе представлен анализ результатов обследования и хирургического лечения 107 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) спаечного генеза, в том числе 74 женщины и 33 мужчины в возрасте от 17 до 79 лет, находившиеся в госпитальной клинике РГМУ им. акад. И. П. Павлова с 1995 по 1999 гг.

Показаниями к оперативному лечению спаечной ОКН служили: 1) перитонит; 2) декомпенсированная обструктивная кишечная непроходимость; 3) деструктивная ОКН; 4) неэффективность консервативных мероприятий при субкомпенсированной обструктивной форме заболевания в течение 4–6 часов; 5) возобновление признаков кишечной непроходимости после определенного клинического эффекта.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечалось в разной степени выраженное нарастание эндотоксемии и пареза кишечника при различной степени эффективности новокаиновых блокад, зондовой декомпрессии и медикаментозной терапии. Исходя из экспериментально установленного факта, что основными патогенетическими звеньями пареза кишечника в условиях хирургического эндотоксикоза являются: 1) гипоксический (нарушение градиента КОД/ЭПД в кишечной стенке) и энзиматический (прямое влияние токсинов, гипергликолиз, блок Na^+ , K^+ -АТФазы) ги-

поэргозы, обуславливающие гипofункцию энтеромиоцита, 2) парабактериальное торможение, а в ряде случаев дегенерация эфферентных холинэргических нейронов интрамурального нервного аппарата при сохранности адренэргической иннервации; 3) нарушение микробных энтеробиоценозов с транслокацией микроорганизмов и их токсинов в портальную кровь. Разработан комплекс дифференцированной коррегирующей терапии. При этом доказана высокая эффективность раннего применения бифидум-бактерина по разработанной схеме. Общая летальность в представленной группе больных составила 4,7%.

РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

М. Х.-В. Татаршанов, А. А. Асланкулов
г. Черкесск

В хирургическом отделении КЧРБ в период с 1989 по 1999 гг. выполнено 6077 оперативных вмешательств на органах брюшной полости, у 32 (0,52%) больных течение послеоперационного периода осложнилось развитием РПОСКН. Непроходимость развивалась в сроки от 2-х до 16-ти суток после различных интраабдоминальных вмешательств, преимущественно на 4–8-е сутки.

Перитонит, различный по характеру выпота и распространенности, во время первой операции наблюдался у 20 больных.

Основные проявления РПОСКН: боль, чаще приступообразного характера, вздутие живота, в 6 случаях — с выраженной асимметрией, неотхождение кала и газов как при отсутствии перистальтических шумов, так и при их наличии, выявляемые аускультативно патологические кишечные шумы, появление или увеличение количества застойного желудочно-кишечного отделяемого по НГЗ, чаши Клойбера, обнаружения препятствия на пассажной рентгенограмме.

При появлении первых признаков непроходимости больным назначалась целенаправленная интенсивная консервативная терапия. При отсутствии эффекта от проводимой терапии, а тем более при нарастании явлений непроходимости производилась релапаротомия в сроки от 2 до 6 часов. В случаях, когда провести дифференциальный диагноз между динамической и механической кишечной непроходимостью было затруднительно, больным проводилась проба Шварца на фоне массивной стимуляции кишечника, коррекции водно-электролитных, метаболических, органических нарушений. При обнаружении уровня препятствия, появления, нарастания явлений перитонита, интоксикации, отсутствия положительного эффекта от проводимой терапии выполняли релапаротомию в сроки от 2 до 24 часов. Возникновение картины непроходимости после появления перистальтики кишечника мы считаем достаточно патогномичным симптомом механической природы кишечной непроходимости и при отсутствии эффекта от консервативной терапии выполняем релапаротомию в сроки 2–3 часа.

Релапаротомию произвели у 7 больных в сроки до 2 часов с момента появления первых признаков непроходимости, у 12 больных — от 2 до 6 часов, у 10 больных 6–12 часов, у 3 больных — от 12 до 24 часов.

Операционной находкой в подавляющем большинстве случаев — 29 — являлась тонкокишечная механическая непроходимость, в одном — толстокишечная. В двух случаях причиной непроходимости явился резистентный к консервативной терапии парез на фоне сохранявшегося вялотекущего перитонита. В брюшной полости во всех наблюдениях обнаруживался выпот в количестве от 150 до 500 мл разнообразного характера — от серозного до гнойного.

Повторная релапаротомия произведена двум больным по поводу рецидива РПОСКН, в обоих случаях интубация тонкого кишечника во время первой операции не производилась.

Для профилактики РПОСКН помимо введения в брюшную полость препаратов, предупреждающих спайкообразование, мы используем раннюю активизацию больных, физиолечение.

Умерли двое больных: мужчина 62 лет от аррозивного кровотечения на фоне жирового панкреонекроза; женщина 71 года — от 2-сторонней септической пневмонии после герниоларотомии с резекцией тонкого кишечника.

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

С. В. Темнышов, В. В. Большаков, В. Н. Бударин
г. Волгоград

Кишечная непроходимость, обусловленная желчным камнем, встречается нечасто.

В хирургическом отделении больницы № 16 г. Волгограда оперированы двое больных с желчекаменной кишечной непроходимостью.

Больная Г., 84 года, 4.11.1994 г. поступила в хирургическое отделение больницы № 16 с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту. Заболела остро

трое суток назад, принимала спазмолитики, из-за усиления болей, непрекращающейся рвоты была доставлена «скорой помощью» в хирургическое отделение с неправильным диагнозом «острый холецистит».

Проводилась консервативная терапия. В течение четырех дней боли в животе нарастали, продолжалась периодическая рвота, дважды на обзорных рентгенограммах брюшной полости выявлены чаши Клойбера; при ультразвуковом исследовании признаки кишечной непроходимости, печень с пониженной эхогенностью, контур ровный, желчный пузырь, холедох, поджелудочная железа не определяются.

8.11.94 г. — под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии установлена тонкокишечная непроходимость желчным камнем на расстоянии 1 м от связки Трейца, проксимальнее камня на протяжении 30 см — отечность тонкой кишки с наличием участка некроза.

Желчный пузырь в массивном спаечном процессе не пальпируется.

Произведена резекция тонкой кишки с анастомозом «бок в бок». Лапаротомная рана ушита наглухо.

Послеоперационный диагноз: острая обтурационная тонкокишечная непроходимость желчным камнем, некроз стенки тонкой кишки.

Выписана из хирургического отделения через 21 день после операции в удовлетворительном состоянии.

Больная Л., 77 лет, доставлена из терапевтического отделения железнодорожной больницы, где в течение трех дней лечилась с диагнозом: острый холецистопанкреатит.

С подозрением на спаечную кишечную непроходимость больная оперирована.

Под интубационным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия. Явлений перитонита нет. В 10 см от связки Трейца в тонкую кишку вколочено инородное тело 5x4x3 см. Выше препятствия кишка расширена. Продольная энтеротомия. Из просвета кишки извлечен желчный камень веретенообразной формы диаметром в средней части 4 см длиной 5 см. Из-за тяжелого состояния больной и выраженного спаечного процесса в правом подреберье ревизия этой области не проводилась. Рана кишки ушита в поперечном направлении двухрядным швом, брюшная полость ушита наглухо.

Через несколько часов больная скончалась. На вскрытии обнаружен хронический калькулезный холецистит, пузырно-желудочный свищ диаметром около 3 см. Летальный исход обусловлен интоксикацией, тяжелым расстройством водно-солевого обмена вследствие поздней диагностики кишечной непроходимости и запоздалого оперативного вмешательства. Крупный камень желчного пузыря, образовав пузырно-желудочный свищ, попал в желудок, а оттуда — в начальный отдел тощей кишки, обтурировав ее.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. М. Тимербулатов, М. С. Кунафин, Р. Г. Каланов, А. Г. Хасанов, И. В. Верзакова,
У. М. Абдуллин, Ф. М. Агзамов
г. Уфа

Проведено комплексное клиническое исследование 179 больных с ОКН в возрасте от 18 до 97 лет. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности УЗИ при диагностике ОКН. Всего было проведено 103 ультразвуковых исследований у больных с ОКН, что позволило оценить значимость известных и выявить новые эхопризнаки ОКН.

Диагностическая эффективность УЗИ при ОКН составила 91,4% случаев. В 71% наблюдений удалось при УЗИ провести дифференциальную диагностику тонко- и толстокишечной непроходимости. У 21,6% больных удалось устранить причину ОКН при лапароскопии. В 19,4% случаев диагностическая лапароскопия была завершена традиционной лапаротомией в связи с выраженностью непроходимости. Всего было оперировано 155 больных: рассечение спаек — 85, грыжесечение — 17, деторсия и сигмопликация — у 4 и энтеролитотомия — у 2 больных. Резекция кишки при этом выполнена у 20,4% больных. Для удаления застойного отделяемого проводили декомпрессию кишечника путем его интубации у 76 больных. Операцию завершали разработанным комплексом мер по профилактике спаечного процесса в брюшной полости.

Успех лечения ОКН определяется активной диагностикой заболевания, внедрением малоинвазивных способов хирургического лечения, эффективных методов декомпрессии кишечника, проведением комплекса мероприятий.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А. С. Толстокозов, Е. Ю. Осинцев, Г. И. Гудко, А. А. Трубников
г. Саратов

Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости (ОКН) является весьма актуальной проблемой. В клинике за 1998—1999 гг. оперированы 62 пациента из районов области. Через сутки и более от начала заболевания госпитализированы 33 человека (53,2%), главная причина столь позднего поступления — несвоевременное обращение к врачу.

По характеру ОКН больные распределились следующим образом: спаечная ОКН — 38 человек, ущемленные грыжи — 17; заворот кишки — 5; паралитическая ОКН — 2 больных. В зависимости от причин ОКН больным были выполнены: рассечение спаек (29), резекция кишки (17), илеостомия (7), деторсия заворота (4), колостомия (5). У 38 больных (61,3%) операция была завершена длительной декомпрессией кишечника (ДДК) путем его назоинтестинальной интубации (27) и через стому (11). Анализ послеоперационных результатов показал, что у 16 больных, несмотря на показания к ДДК, эта манипуляция выполнена не была, в этой группе умерли 3 человека (летальность 18,8%). Во второй группе (38 человек), где ДДК была выполнена по показаниям, летальность составила 13,1%.

Зависимость послеоперационной летальности от длительности заболевания представляется следующим образом: до 24 часов от момента заболевания оперирован 21 больной, летальность — 4,7%. До 72 часов оперированы 18 больных, летальность — 11,1%. После 72 часов от начала заболевания оперированы 23 больных, летальность в этой группе — 21,1%.

В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 20 больных (32,2%), в частности, несостоятельность швов анастомоза — у 11, абсцесс брюшной полости — у 6, прогрессирующий перитонит — у 4. Релапаротомии были выполнены 20 больным.

Общая послеоперационная летальность во всех группах больных составила 12,9% (из 62 оперированных умерли 8 больных).

Анализ результатов хирургического лечения больных с ОКН в условиях областной клинической больницы показывает, что эти больные должны своевременно доставляться из ЦРБ в клинику, ибо объем, качество и время предоперационной подготовки в зависимости от начала заболевания и тяжести состояния больного на момент операции играют решающую роль в исходах лечения.

Применение ДДК как метод завершения операции при ОКН позволяет значительно снизить послеоперационную летальность.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НИЗКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Э. Г. Топузов, Ю. В. Плотников, Г. А. Шишкина, А. Г. Данилов, М. Х. Абу Шомер
г. Санкт-Петербург

В настоящее время сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки выполняются у 18—41% больных. Выбор типа операции определяется уровнем расположения опухоли в кишке, формой роста, степенью распространения. В связи с появлением сшивающих аппаратов среди хирургов появилась тенденция к увеличению числа сфинктеросохраняющих операций при низких локализациях опухолей. В последние годы ряд хирургов полностью отказывается от брюшно-анальной резекции в пользу внутрибрюшной резекции с формированием анастомоза (чаще аппаратного), как правило, получая хорошие непосредственные результаты.

Внутрибрюшную резекцию прямой кишки с формированием анастомоза с помощью сшивающего аппарата можно выполнить при расположении опухоли не ниже 9 см от ануса. Это обусловливается тем, что для создания анастомоза выше сфинктера необходимо не менее 1—2 см кишки над жомом. Кроме того, необходимо отступить от опухоли не меньше 4—5 см, так как на этом расстоянии встречаются внутрисстеночные метастазы. При выполнении внутрибрюшной резекции прямой кишки с формированием анастомоза с помощью сшивающего аппарата частота местных рецидивов достигает 16—35% (Williams, Lason et al., 1990). Это объясняется невозможностью полного удаления параректальной клетчатки и лимфоузлов, а также недостаточным отступлением от края опухоли. При локализации опухоли ниже 5 см мы считаем целесообразным выполнение экстирпации прямой кишки. При локализации опухоли от 7 до 9 см от аноректальной линии мы отдаем предпочтение брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением. Оперированы 118 больных, из них умер один больной. Благодаря применению описанной тактики хирургического лечения рака прямой кишки мы ни в одном случае не имели местного рецидива. Таким образом, брюшно-анальную резекцию прямой кишки нельзя подменять операцией с внутрибрюшным анастомозом при низких локализациях опухоли, каждая из этих операций имеет свои показания.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ СОРБЦИОННЫЙ ДИАЛИЗ КАК СПОСОБ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОМ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Э. Г. Топузов, Г. А. Шишкина, А. А. Кокая, И. В. Станцич
г. Санкт-Петербург

При обтурационной толстокишечной непроходимости (ОТКН) вследствие рака летальность достигает, по данным разных авторов, от 17 до 60%.

На уровень послеоперационной летальности влияют многие факторы. Среди них важнейшее место занимает интоксикация. В связи с этим особую актуальность приобретают поиски новых методов детоксикации. Одним из них является разработанный нами метод интраоперационного толстокишечного сорбционного диализа.

Произведен анализ результатов лечения 84 больных раком толстой кишки, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью. 49 больных, которым был проведен интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ (ИТКСД), составили основную группу. 35 больных, которым был проведен интраоперационный лаваж толстой кишки (ИТКЛ), составили контрольную группу.

Наиболее точно уровень эндогенной интоксикации характеризовался результатами исследования вещества низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ). В основной группе содержание ВНиСММ до операции составило $0,480 \pm 0,02$ у. е., в контрольной — $0,475 \pm 0,04$ у. е. На первые сутки послеоперационного периода уровень ВНиСММ в основной группе составил $0,330 \pm 0,02$ у. е. (р по отношению к фоновым значениям $<0,05$); в контрольной — $0,431 \pm 0,04$ у. е. (р между группами $<0,05$). На третьи сутки содержание ВНиСММ составило соответственно $0,250 \pm 0,02$ у. е. и $0,320 \pm 0,02$ у. е. (р между группами $<0,05$).

В основной группе летальность составила 6%, в контрольной — 11%. Число послеоперационных осложнений в основной группе по сравнению с контрольной уменьшилось с 29 до 14%.

Интраоперационный толстокишечный сорбционный диализ, обеспечивающий очистку толстой кишки и уменьшение эндогенной интоксикации, существенно улучшает результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным обтурационной толстокишечной непроходимостью.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

В. З. Тотиков, А. К. Хестанов, К. Э. Зураев, Г. К. Мильдзихов
г. Владикавказ

Представлен анализ лечения 327 больных, находившихся в клинике с 1988 по 1999 гг. Возраст больных колебался от 19 до 91 года, из них мужчин — 183 (56%), женщин — 144 (44%). У 43 больных опухоль локализовалась в восходящем отделе толстой кишки, у 21 — в поперечной ободочной кишке, у 52 — нисходящем, у 211 — в сигмовидном отделе ободочной кишки. В течение обтурационного нарушения проходимости ободочной кишки мы выделяем 4 стадии.

При поступлении больным выполнялись общеклинические методы исследования. При наличии 4-й стадии (18,2% больных) оперативные вмешательства выполнялись в течение 2–3 часов после предоперационной подготовки. При отсутствии симптомов перитонита выполнялась обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ. У 24,3% больных оперативное вмешательство выполнялось в отсроченном порядке, 40,1% больных — в течение 12–24 часов, 17,4% больных — 6–8 часов. Только при технически неудаляемых опухолях или множественных отдаленных метастазах мы выполняли паллиативные операции, накладывали колостому или обходной анастомоз у 52 больных. Остальным 275 (84,1%) больным выполнены первичные резекции, в том числе у 171 (52,3%) — типичные резекции, у 70 (21,4%) — комбинированные и у 34 (11,2%) — сочетанные. Одноэтапные первичные резекции выполнены у 53,4% больных, обязательным условием для наложения анастомоза являлось отсутствие каловых масс в кишке, признаков нарушения микроциркуляции в ее стенке и перитонита. Для интраоперационного удаления кишечного содержимого использован разработанный специальный метод и устройство для его осуществления. У 27,6% больных выполнены первичные резекции с наложением двухствольной колостомы по разработанному нами способу «внебрюшной частичный анастомоз». У 11,1% выполнены операции типа Гартмана и у остальных 7,9% — операции по типу Лахей.

В послеоперационном периоде умерли 23 (7%) больных, воспалительные осложнения выявлены у 69 (21,1%). В том числе после типичных резекций послеоперационная летальность составила 11 (6,4%), после комбинированных операций — 5 (7,1%), после сочетанных — у 3 (13,1%) и после операции разгрузочного типа умерли 4 (7,6%).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ РАКОМ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Н. Н. Углев, А. А. Чумаков, А. В. Плюта
г. Ярославль

Цель исследования. Разработать рациональную диагностическую и лечебную тактику у больных раком левой половины толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Наблюдали 147 больных обтурационной кишечной непроходимостью, вызванной раком толстой кишки, у 84 (57,14%) из которых опухоль локализовалась в ее левой половине. Консервативными мероприятиями кишечную непроходимость удалось разрешить у 28 (33,33%) больных, которые были обследованы и оперированы в плановом порядке.

При безуспешности консервативных мероприятий пациентам выполнялась экстренная колонофиброскопия. При локализации опухоли в левой половине толстой кишки являемся сторонниками трехэтапных операций: 1-й этап — наложение трансвезостомы или цекостомы из небольшого доступа для разрешения непроходимости; 2-й этап — после нормализации состояния и обследования больного на 3—4-й неделе выполняется радикальная или паллиативная операция и 3-й этап — на 3—4-й неделе производится закрытие колостомы.

Результаты исследования. Из 56 больных с обтурационной непроходимостью при локализации опухоли в левой половине толстой кишки умерли 2 (3,57%), поступивших в очень тяжелом состоянии, после наложения колостомы от продолжающейся интоксикации. После нормализации состояния больных радикальные операции выполнены 30 (55,55%) пациентам, паллиативные операции — 17 (31,48%). Летальных исходов в этих группах больных не было. 7 больных с запущенным раковым процессом были выписаны с наложенными колостомами.

Заключение. Предлагаемая лечебно-диагностическая тактика у больных обтурационной кишечной непроходимостью, обусловленной раком левой половины толстой кишки, позволяет существенно снизить сроки лечения и летальность до 3,57%.

СТИМУЛЯЦИЯ ПЕРИСТАЛЬТИКИ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

И. И. Таранов, Н. Л. Хашиев
г. Ростов-на-Дону

Восстановление двигательной активности кишечника в послеоперационном периоде, особенно после острой непроходимости кишечника, является одной из сложных проблем абдоминальной хирургии. Как известно, своевременное появление перистальтики кишечника свидетельствует о благоприятном течении послеоперационного периода и служит хорошим прогностическим признаком. В случаях ее задержки значительно утяжеляется состояние больных, нарастает эндогенная интоксикация, усугубляются функции печени и почек, перерастягиваются петли кишечника, что приводит к транслокации патогенной и условнопатогенной микрофлоры в портальную систему печени и полость брюшины. Все это вызывает необходимость тщательного наблюдения за процессом восстановления двигательной активности кишечника в послеоперационном периоде, а при необходимости применять его стимуляцию.

В патогенезе послеоперационного пареза кишечника немаловажное значение имеют сосудистый спазм и нарушение микроциркуляции, в результате которых резко снижается кровоснабжение кишечной стенки. Поэтому коррекция этих звеньев патогенеза послеоперационного пареза кишечника оказывает лечебный эффект. В этом отношении заслуживает внимания ультрафиолетовое облучение аутокрови, обладающее, как известно, дезинтоксикационным, сосудорасширяющим, противовоспалительным, антиоксидантным действием. Кроме того, оно улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови, повышает насыщение ее кислородом и активизирует дыхательные ферменты. В связи с этим у 17 больных с послеоперационным парезом кишечника применяли реинфузии в портальную вену аутокрови, облученной в экстракорпоральных условиях ультрафиолетовыми лучами. Для этого у пациентов во время операции на органах брюшной полости выполняли канюлирование пупочной вены. В первые двое суток после операции через катетер в этой вене осуществляли внутрипортальные инфузии лекарственных средств. С 3-х суток начинали стимуляцию кишечника. Для этого с помощью роликового насоса аппарата «Изольда МД-73-М» отбирали из периферической вены кровь из расчета 2 мл/кг и облучали ультрафиолетовыми лучами с длиной волны 254 нм. Реинфузию облученной ультрафиолетовыми лучами аутокрови осуществляли в портальную систему через канюлированную пупочную вену. Сеансы проводили 2 дня подряд. Уже через 18—20 часов после первой реинфузии аутокрови у больных отмечалось восстановление перистальтики: исчезали тошнота и рвота, при аускультации живота выслушивались шумы кишечной перистальтики. После второго сеанса начинали отходить газы, исчезало вздутие живота, появлялся самостоятельный стул, резко снижалась эндогенная интоксикация.

Таким образом, интратрансмуральные реинфузии аутокрови, облученной ультрафиолетовыми лучами, в экстракорпоральных условиях оказывают стимулирующее действие на перистальтику кишечника и могут быть применены у больных в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. П. Уханов, О. П. Горбачев, О. И. Беляков
г. Великий Новгород

В онкологическом центре Новгородской областной клинической больницы с 1993 по 1999 гг. оперированы 68 больных с обтурационной толстокишечной непроходимостью в возрасте от 32 до 74 лет. У 14 больных причиной непроходимости явилась опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки, у 52 — опухоль левого фланга ободочной кишки, у 2 — поперечной ободочной кишки.

У 58 больных диагноз установлен до операции, у 10 больных обтурационная толстокишечная непроходимость выявлена при экстренной лапаротомии при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости.

При выборе объема операции по поводу обтурационной толстокишечной непроходимости руководствовались стадией опухолевого поражения толстой кишки, локализацией опухоли, степенью выраженности кишечной непроходимости, возрастом и функциональными показателями больных. Минимальный объем оперативного вмешательства в виде выведения разгрузочной колостомы проксимальнее опухоли осуществили у 14 больных (20,6%) при явлениях длительно существующей непроходимости кишечника, выраженной дилатации кишечной стенки, наличием множественных метастазов в печени, низких функциональных показателей состояния больного.

У 54 больных (79,4%) выполнены первично-радикальные операции: в частности, резекция прямой кишки по Гартману у 9 больных, обструктивные резекции ободочной кишки у 42 больных. У 3 пациентов произведена обструктивная резекция ободочной кишки при наличии одиночных метастазов в печень. В последующем у них при выполнении реконструктивной операции на толстой кишке произведена резекция сегментов печени, пораженных метастатическим процессом. Умерли после операций 9 больных (13,2%).

Таким образом, при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости у большинства больных можно выполнить первично-радикальные операции, которые необходимо завершать наложением колостомы. При явлениях длительно существующей непроходимости кишечника, выраженной дилатации кишечной стенки, наличии множественных метастазов в печени, низких функциональных показателей состояния больного следует ограничиться выведением разгрузочной колостомы проксимальнее опухоли, а радикальную операцию при наличии условий выполнить во второй этап.

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

М. А. Фахратов, С. М. Расулов, У. Т. Рахманкулов
г. Самарканд

Известно, что частые гемодинамические и гипотензивно-надпочечниковые расстройства, интоксикация, а также полиорганная недостаточность являются основными причинами летальности при острой кишечной непроходимости.

Обследовано 51 больной в возрасте от 15 до 89 лет с различными формами острой непроходимости кишечника. Из них в основном были больные с обтурационной — всего у 20 больных, в том числе инородное тело в 3 случаях, странгуляционная — у 16, спаечная, в том числе ранняя — у 15 больных.

Обтурационная кишечная непроходимость в основном была обусловлена различными опухолевидными образованиями тонкого и толстого кишечника. При острой обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза у 5 больных из-за разлитого перитонита наложена илеостома, у 14 больных наряду с удалением опухоли (операция Гартмана — 2) — колостома, у одного больного из-за тяжелого общего состояния операция Гартмана — 1 с сигмостомией.

Причиной острой странгуляционной непроходимости были ущемленные грыжи, узлообразование и завороты кишечника, а также отдельные виды спаечной кишечной непроходимости.

В таких случаях оперативное пособие заключалось в экономной резекции нежизнеспособной части кишечника и наложении анастомоза «бок в бок» у 11 больных и «конец в конец» у 5 больных. По поводу ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимости у 3 больных наложены подвешная энтеростомия, у 2 больных цекостома с интубацией тонкого кишечника.

Инородное тело obturировало просвет кишечника: у одной больной желчным камнем, в одном случае причиной были шарики подшипника, а также специально сконструированная Х-образная проволока от железной кровати у одного заключенного.

Всем трем больным произведена резекция тонкого кишечника с анастомозом «бок в бок» с хорошим послеоперационным результатом.

В ближайшем послеоперационном периоде от перитонита и почечной недостаточности умерли 5 больных, что составляет 10% всех оперированных больных. Основными причинами подобных осложнений являются поздняя госпитализация, наличие гнойного или геморрагического перитонита, острая сердечно-сосудистая недостаточность, шок, гиповолемия и глубокая интоксикация, а также нередко полиорганная недостаточность.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Федосеев А. В., Епишин Н. М., Карнов Е. И.

г. Рязань

В настоящем исследовании представлены результаты лечения больных раком толстой кишки, осложненным obturационной кишечной непроходимостью, поступивших в больницу скорой медицинской помощи (БСМП) города Рязани за период с 1996 по 1998 гг.

Количество больных составило 91 человек. Возраст больных — от 32 до 86 лет (средний возраст — $66 \pm 11,6$ года). Из них мужчины составили — 51 чел. (56%), женщины — 40 чел. (44 %).

Время с момента появления первых симптомов заболевания до госпитализации составило от 3,5 часа до 1,5 мес. (в среднем — 5,5 суток), время нахождения в стационаре до операции составило от 2 часов до 20 суток (в среднем — 2,5 суток).

Рак слепой кишки имел место у 6,5% больных, рак восходящего отдела — 4,4%, рак печеночного изгиба — 6,6%, рак поперечно-ободочной кишки — 10,9%, рак селезеночного изгиба — 7,7%, рак нисходящего отдела — 5,5%, рак сигмовидной кишки — 37,4%, рак ректосигмоидного отдела — 16,5%.

При определении лечебной тактики исходили из деления больных с острой кишечной непроходимостью на 4 степени тяжести.

При I степени тяжести применялась консервативная терапия с последующей радикальной операцией в плановом порядке. Летальность в данной группе составила 28 %.

При II степени консервативная терапия лишь у части больных оказалась эффективной, и они оперированы в плановом порядке. Остальные оперированы экстренно. Летальность — 33%.

При III степени консервативная терапия проводилась с целью подготовки к экстренной операции. Летальность — 53%.

При IV степени больные оперированы после кратковременной послеоперационной подготовки. Летальность — 87%.

Деление на степени с учетом тяжести непроходимости и обширности опухолевого поражения позволяло определить объем и радикальность оперативного вмешательства и снизить летальность в группе больных, которых удалось подготовить к операции, до 10% при общей послеоперационной летальности — 58%.

Выводы:

1. Деление кишечной непроходимости по степени тяжести и обширности опухолевого поражения позволяет выбрать оптимальный вариант лечебной тактики, включая и объем операции.

2. Полноценная предоперационная подготовка с ликвидацией непроходимости расширяет возможности радикальных операций и снижает летальность.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. Э. Федоров, М. А. Лагун, О. Ю. Невзорова, Л. И. Фишер

г. Саратов

Рак толстой кишки — одно из наиболее распространенных заболеваний кишечника. Скудность клинической симптоматики данной патологии нередко приводит к тому, что острая кишечная непроходимость становится первым ясно выраженным симптомом. Однако к этому времени опухолевый процесс часто распространяется за пределы кишки, и последующее лечение носит паллиативный характер. В связи с этим вопросы дооперационного определения операбельности играют важную роль.

В экстренном и проктологическом отделениях клиники факультетской хирургии лечебного факультета Саратовского государственного медицинского университета с 1996 по 1999 гг. находились на лечении 186 больных, поступивших с диагнозом «рак

ободочной и прямой кишки, осложненный острой кишечной непроходимостью». Среди них 102 женщины и 84 мужчины. Средний возраст больных составил $65 \pm 4,3$ года. По данным анамнеза, длительность опухолевого процесса достигала максимально 5 лет, у 27 (14,5%) больных кишечная непроходимость фактически стала первым симптомом опухоли.

Наиболее часто причиной острой кишечной непроходимости являлись опухоли сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела — 88 (47,3%), реже — опухоли селезеночного угла и нисходящей кишки — 45 (24,2%), еще реже — опухоли печеночного угла толстой кишки — 35 (18,8%) больных. У 14 (7,5%) больных опухоль располагалась в поперечной кишке и у 4 (2,2%) больных — в слепой кишке.

Всем поступившим больным лечение начиналось с консервативных мероприятий, заключающихся в попытках ликвидации непроходимости. У 111 пациентов эти попытки увенчались успехом. В дальнейшем данные пациенты оперированы в отсроченном порядке. Остальные 75 больных оперированы экстренно. 48 (64%) произведена обструктивная резекция толстой кишки, 27 (36%) больным наложен противостественный анус и дренирование брюшной полости, 72 больным, оперированным в отсроченном порядке, также выполнена обструктивная резекция толстой кишки, 23-м произведена правосторонняя гемиколэктомия, 7-наложен илеотрансверзоанастомоз. 9 больным выполнена эксплоративная лапаротомия.

Полученные данные позволяют высказать следующее: 1) острая обтурационная кишечная непроходимость обусловлена, как правило, запущенным опухолевым процессом, что резко снижает эффективность хирургического лечения рака толстой кишки; 2) лечение данной группы больных должно быть направлено на ликвидацию непроходимости и коррекцию нарушенных процессов гомеостаза, противоопухолевое лечение начинается следующим этапом; 3) отсроченные операции дают лучшие ближайшие результаты, но выживаемость по онкологическим критериям у данных больных невысока и составляет через 5 лет 14%.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПРЕССИОННОГО ШВА

А. И. Хамидов, Р. Т. Меджидов, М. А. Хамидов, И. Г. Ахмедов
г. Махачкала

Нами разработаны новые асептические способы формирования культи и концевой колостомы при операциях по поводу толстокишечной непроходимости с использованием компрессионного механического шва.

Сущность способа формирования культи толстой кишки заключается в том, что с помощью предложенных нами цилиндрических устройств на перевязанный и инвагинированный в просвет конца кишки набрасывается резиновое кольцо, обеспечивающее равномерное и длительное сдавливание стенок кишки. Шов получается абсолютно герметичным, срастание стенок кишки происходит по типу первичного натяжения и без развития спаек, в зоне культи после отторжения сдавливающих элементов не остается инородных тел и фактически отсутствует рубцовая ткань. Последнее обстоятельство облегчает наложение анастомоза при последующей восстановительной операции, в частности «конец в конец», что невозможно из-за рубцовой деформации и спаечного процесса при обычных способах формирования культи.

Способ использован для формирования 85 культи при операциях по поводу толстокишечной непроходимости. Отторжение резинового кольца и некротизированного инвагината происходило на 10–12-й день после операции.

Сущность способа формирования концевой колостомы заключается в том, что к выведенному наружу концу толстой кишки пришивается с помощью аппарата АКА-2 шланг из латекса или полиэтилена. Постоянная или временная колостома наложена 75 больным. Латексный или полиэтиленовый шланг вместе с соединительными кольцами аппарата АКА-2 и зажатой между ними полоской некротизированной стенки кишки отпадал на 7–8-е сутки после операции.

Особое значение этот способ имеет при острой толстокишечной непроходимости. Во-первых, выведенная кишка после пришивания шланга остается открытой с момента окончания операции, что избавляет больных от тягостных болей, связанных с задержкой газов и кала. Во-вторых, перед зашиванием раны передней брюшной стенки через резиновый шланг и кольцо анастомоза в проксимальный отдел толстой кишки под контролем со стороны брюшной полости проводится специальный двухпросветный, неприсасывающийся силиконовый зонд и производится промывание и отсасывание содержимого кишки. Механическое очищение толстой кишки от содержимого способствует дезинтоксикации, раннему восстановлению ее двигательной функции и значительному улучшению общего состояния больных.

Осложнений и летальности, связанных с формированием культи и колостомы, не было.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

П. И. Харин, И. Г. Аристов, А. В. Никитин, В. А. Соболев

г. Пермь

Функция внешнего дыхания исследована в динамике, начиная с момента поступления больных в стационар, затем в 1,3,5,7-е сутки послеоперационного периода и перед выпиской путем спирографии аппаратами СГ-1 и «Мета-25». Возраст больных был в пределах 14–85 лет.

При поступлении у большинства больных (у 19 из 25) выявлено нарушение дыхания II–III степени (II степени — у 9, III — у 10) по смешанному типу (сочетание обструктивных и рестриктивных нарушений). Частота дыхания в среднем составила 22 в 1 мин., дыхательный объем — 18,0% (при норме 12,0 — 15,0), резервный объем выдоха — 20,0% против 25,0–28,0% в норме. Значительно были снижены ЖЕЛ, МВЛ, резерв дыхания, отношение резерва дыхания к МВЛ (69,0% против 85,0 в норме), резерв легочной вентиляции. Вместе с тем достоверно увеличен МОД по сравнению с должной величиной ($p < 0,05$) и дыхательный эквивалент (5,0 при норме 1,8–3,4), незначительно увеличено поглощение кислорода. В дооперационном периоде все показатели в значительной степени отличаются от нормальных и должных величин. У всех больных наблюдается выраженная гипервентиляция, снижение эффективности легочной вентиляции и процессов диффузии.

В 1-е сутки послеоперационного периода у большинства больных (у 27 из 33) наблюдалось нарушение вентиляции и диффузии легких II–III степени по смешанному типу.

На 3–5-е сутки послеоперационного периода вновь у большинства больных выявлено нарушение функции внешнего дыхания II–III степени по смешанному типу. По-прежнему отмечается гипервентиляция, снижение эффективности легочной вентиляции, незначительно улучшается диффузия.

На 7-е сутки после операции по сравнению с предыдущими этапами установлено некоторое увеличение ЖЕЛ, МОД, МВЛ, резерв дыхания и поглощение кислорода остались на прежних цифрах. Наблюдается учащение дыхания, увеличение дыхательного объема, уменьшение коэффициента использования кислорода. У большинства больных вентиляция и диффузия легких по-прежнему нарушена: из 29 больных только у 6 показатели были в пределах нормальных или должных величин.

Перед выпиской из 33 больных только у 8 функция внешнего дыхания нормализовалась, у остальных наблюдалось нарушение ее I–II–III степени по смешанному типу. Нарушение функции внешнего дыхания II–III степени осталось у больных пожилого и старческого возраста, имеющих функциональные и органические изменения со стороны органов дыхания и кровообращения (хроническая пневмония, эмфизема легких, пневмосклероз, хронический бронхит, хроническая сердечная недостаточность различной этиологии и др.)

Таким образом, у больных острой кишечной непроходимостью на всех этапах наблюдения вентиляция и диффузия легких в значительной степени нарушена вследствие основной патологии, а также нарушений функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

ДЕКОМПРЕССИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

С. Н. Хунафин, И. Х. Гаттаров, М. С. Кунафин, Г. А. Мурзин, В. Р. Булгаков, А. А. Нурмухаметов, Р. С. Нургалин

г. Уфа

Острая кишечная непроходимость (ОКН) на протяжении многих лет остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Одной из основных причин неблагоприятных исходов ОКН является тяжелая интоксикация, и поэтому полноценная декомпрессия тонкой кишки с целью ее освобождения от токсического и инфицированного содержимого становится важным лечебно-профилактическим мероприятием лечения больных. Использование во время операции различных методов открытой декомпрессии тонкой кишки сопряжено с риском несостоятельности кишечных швов и развития перитонита.

Внедрение в клиническую практику пероральной и трансназальной интубации тонкой кишки двухпросветными зондами в какой-то мере способствовало решению этих задач. Вместе с тем существуют трудности, связанные с проведением этих зондов во время операции в просвет тонкой кишки через желудок и изгиб двенадцатиперстной кишки, особенно при наличии спаек в этой зоне. Другая проблема состоит в том, что, используя указанные зонды, не всегда удается добиться эффективной механической очистки тонкой кишки. Поэтому с целью повышения эффективности интубации и декомпрессии кишечника нами разработан зонд (патент на изобретение № 2140299), который представляет собой двухпросветную трубку, рабочий конец его имеет ребристое соединение, и благодаря этому при декомпрессии предупреждается присасывание стенок кишки, значительно увеличивается поверхность контакта с отсасыва-

емой жидкостью, а оперирующему хирургу легко удастся проводить зонд через двенадцатиперстную кишку в тонкую.

Нами анализированы результаты лечения 163 больных, которые оперированы в клинике за 1993—1998 годы с ОКН неопухолевого генеза. В большинстве случаев (64,4%) острая непроходимость кишечника сопровождалась разлитым перитонитом. На операции у 81 (49,7%) больного проводилась интраоперационная закрытая интубация тонкой кишки, из них у 36 — зондом нашей конструкции. При этом эвакуировалось от 900 до 4200 мл застойного кишечного содержимого. Эффективным оказался зонд и в тех случаях, когда имелись затруднения с интубацией тонкой кишки другими зондами. В исследуемой группе с применением закрытой декомпрессии тонкой кишки у больных в послеоперационном периоде степень интоксикации была ниже, и наблюдалось более раннее восстановление моторики кишечника.

Таким образом, проведенные исследования дают основание полагать, что адекватная декомпрессия тонкой кишки является необходимым лечебным мероприятием при острой кишечной непроходимости. Совершенствование методов удаления токсического содержимого кишечника позволяет добиться улучшения результатов хирургического лечения больных с данной патологией.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВРЕМЕННОГО КИШЕЧНОГО ШУНТА

С. Н. Хунафин, И. А. Рамазанов, Г. А. Мурзин, В. Р. Булгаков, А. А. Нурмухаметов
г. Уфа

Число больных с наружными кишечными свищами не имеет тенденции к уменьшению, лечение их остается сложной проблемой, летальность при несформированных свищах достигает до 53,2%. В литературе нет четких указаний о том, когда оперировать таких больных, какие критерии должны учитываться при выборе срока и объема выполняемой операции. При множественных и смешанных кишечных свищах оптимальными сроками восстановительных операций являются $65,5 \pm 4,26$ дня, при сочетании кишечных свищей и спаечной болезни — 6—8 месяцев.

Однако многие больные не доживают до намеченного срока и погибают от истощения в результате потери кишечного содержимого. Ранние операции у истощенных и ослабленных больных чреваты опасностью развития тяжелых осложнений и высокой летальностью.

При тонкокишечных свищах, наложенных по типу двустволки, мы используем разработанное нами устройство (патент № 2134127), позволяющее вернуть в отводящую кишку кишечный химус. Принципиально важным является использование в предлагаемом устройстве емкости для приема химуса, оснащенной клапанным устройством, и перекачивающей системы, позволяющей обеспечить порционное отведение химуса в отводящую кишку. Устройство позволяет производить гидромассаж исключенного из нормального пищеварения дистального отдела тонкой кишки, тем самым предупреждается атрофия петли отводящей кишки, а также удается ликвидировать дерматит, вывести больных из тяжелого состояния, обусловленного большими кишечными потерями, и подготовить их к радикальной операции.

Таким образом, при высоких тонкокишечных свищах использование устройства для временного шунтирования кишечника позволяет избежать тяжелого истощения больного, адекватно подготовить и провести радикальную операцию с благоприятным исходом.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ

Р. Р. Шавалеев, В. В. Плечев, П. Г. Коркилаев, Л. П. Султановская, И. Р. Закиров
г. Уфа

Ущемления послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) малых размеров имеют классические проявления, а при грыжах больших размеров клиника часто не соответствует картине истинного ущемления и протекает по типу острой кишечной непроходимости в грыжевом мешке. Эта категория больных требует от хирургов пристального внимания в плане своевременной диагностики и выбора оптимальной тактики оперативного лечения.

За последние 10 лет в клинику госпитальной хирургии Башгосмедуниверситета поступили на лечение 108 больных с подозрением на ущемление послеоперационных грыж и 77 — со спаечной кишечной непроходимостью, у которых ПОВГ явилось сопутствующим диагнозом (всего 185 больных). У 23 из них диагностирована спаечная кишечная непроходимость в грыжевом мешке (12,4%). Все грыженосители многократно, 2—7 раз, оперированы на органах брюшной полости. В первые сутки от начала заболевания поступили 14 больных, 9 — спустя 1—3-е суток. Поступившим проводилась обзорная рентгенография органов брюшной полости, а 12 — пассаж бария по кишечнику.

Все больные оперированы в первые сутки с момента поступления, 5 из них — в первые 2 часа. С диагнозом ущемленной ПОВГ на операцию взято 17 из 23 больных, но в процессе грыжесечения странгуляции кишечника не обнаружено, а причиной заболевания оказалась спаечная кишечная непроходимость в грыжевом мешке. Операционными находками во всех случаях явились конгломераты большого сальника, петель тонкого и толстого кишечника с множественными перегибами, фиксированные к краям грыжевого дефекта и стенкам грыжевого мешка. Проводилось полное разделение всех спаечных сращений, резекция тонкой кишки выполнена 4 больным, толстой кишки — 7, обходной межкишечный анастомоз — 1, декомпрессия с последующей интубацией кишечника — 2 больным.

Пластика дефекта апоневроза по методикам, принятым в клинике, произведена 20 больным, у 3-х операция завершена герниорафией. Послеоперационный период у 16 больных протекал с развитием атонии кишечника, потребовавшей длительной интенсивной терапии. В последние годы с целью профилактики пареза кишечника нами применяется денервация верхней брыжеечной артерии в комплексе с назначением брыжеечных вазодилататоров. У 7 больных, которым был применен данный лечебный комплекс, отмечено более раннее восстановление функции кишечника. Быстрое купирование динамической кишечной непроходимости и нормализация внутрибрюшного давления способствовали предотвращению развития дыхательных осложнений у больных с большими ПОВГ.

Таким образом, спаечная кишечная непроходимость в грыжевом мешке является одним из самых серьезных осложнений ПОВГ и требует особого подхода в плане диагностики, выбора тактики оперативного лечения и ведения больных после операции.

СУБТОТАЛЬНАЯ КОЛЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. М. Шулушко, А. Ю. Мусеев, В. Ю. Зубцов
г. Москва

В основе хирургического лечения обтурационной непроходимости толстой кишки, вызванной опухолями левой ее половины, лежат многоэтапные хирургические вмешательства. Суммарное число осложнений, достаточно высокая совокупная летальность и низкое качество жизни пациентов в промежутках между этапами заставляют искать альтернативные варианты хирургического лечения, одним из которых является субтотальная колэктомия. В период с 1990 по 1999 гг. субтотальная колэктомия выполнена 23 больным в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст 66,3 года).

У 18 больных на момент операции имелись сопутствующие заболевания кардиореспираторного характера. Причиной непроходимости были: опухоль селезеночного угла ободочной кишки у 6 больных, нисходящей кишки — у 21, сигмовидной кишки — у 3-х и поперечной ободочной кишки — у 2 больных. В 4 наблюдениях в связи с местным распространением опухоли выполнена комбинированная субтотальная колэктомия с резекцией желудка (2 больных), мочевого пузыря (1 больной) и с резекцией желудка и тонкой кишки (1 больной).

Все больные получали антибиотики интраоперационно, массивную инфузионную терапию и парентеральное питание после операции. Осложнения имели место у 4 больных, гнойных осложнений не отмечено. Умерло 2 больных от не хирургических осложнений.

Таким образом, субтотальная колэктомия при левосторонней обтурационной кишечной непроходимости оказалась эффективной одномоментной операцией, вполне переносимой большинством больных даже в комбинированном варианте. Данная операция значительно сокращает период социально трудовой реабилитации и повышает качество жизни пациентов.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ

В. Е. Щитинин, С. А. Коровин, Е. В. Дворовенко, В. В. Щербачев, Г. Н. Крогин
г. Москва

Вопросы классификации и лечения спаечной кишечной непроходимости остаются в числе актуальных проблем детской хирургии. За последние 3 года мы наблюдали 61 больного с явлениями спаечной кишечной непроходимости. Мы выделяем дооперационную (первичную) и послеоперационную спаечную кишечную непроходимость. Последнюю подразделяем на три вида: 1) спаечно-паретическая — возникновение механического препятствия на фоне пареза кишечника (6 больных); 2) ранняя — спаечная непроходимость возникает в первый месяц после операции на фоне восстановления перистальтики (10 больных); 3) поздняя — отмечается в более поздние сроки (43 больных). Данная классификация определяет длительность и характер предоперационной подготовки, показания к оперативному вмешательству. Лечение больных предусматривало проведение консервативных мероприятий, про-

должительность и характер которых зависел от клинико-рентгенологической картины и вида непроходимости. Консервативное лечение оказалось эффективным в 39,3%, преимущественно при спаечно-паретической непроходимости. Во время операции резекция кишечника выполнена в 17% наблюдений. Кишечная стома использована у 10% больных с последующей реконструкцией в ближайшие две недели после операции.

Подобная тактика позволила сократить показания к оперативному лечению и избежать летальных исходов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

В. Е. Щитинин, В. А. Тимощенко, Д. В. Ионов, Д. В. Донской
г. Москва

Инвагинация кишечника является самой распространенной формой острой кишечной непроходимости в детском возрасте. Клинические проявления заболевания, тяжесть течения и выбор метода лечения зависят от степени нарушения кровоснабжения внедренной части кишки. Одним из способов определения жизнеспособности инвагината является визуальная эндоскопическая оценка слизистой оболочки кишки. С 1994 по 1999 гг. выполнено 31 колоноскопия больным в возрасте от 3,5 мес. до 6 лет и сроками заболевания от 4 до 48 часов. При наличии минимальных изменений со стороны слизистой оболочки кишки у 21 (67,7%) пациента успешно выполнена эндоскопическая дезинвагинация. Во время манипуляции использованы методы пневматического и гидравлического давления на инвагинат. После безуспешных попыток колоноскопической дезинвагинации оперированы 10 (32,3%) детей. У 4 детей причиной неудачи явилось наличие жесткого ущемления инвагината в области баугиниевой заслонки. В 6 случаях показанием к хирургическому вмешательству послужило наличие обширных очагов некроза на ущемленном участке кишки.

Таким образом, применение колоноскопии позволяет не только оценить степень повреждения внедренного участка кишки, но и определить возможность его консервативного расправления не зависимо от сроков ущемления, что, в свою очередь, ведет к уменьшению числа оперативных вмешательств у данной категории больных.

ВРОЖДЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У МЛАДЕНЦЕВ

В. Е. Щитинин, А. В. Арапова, Е. В. Карцева, Е. В. Кузнецова, А. В. Бармотин
г. Москва

Кишечная непроходимость, обусловленная причинами врожденного характера, является наиболее частой хирургической патологией желудочно-кишечного тракта у новорожденных и младенцев до трех месяцев. Клиническая картина зависит от разнообразия аномалий и уровня препятствия. Выделяют высокую (желудок, 12-перстная кишка и начальный отдел тощей кишки) и низкую (дистальный отдел тонкой и толстая кишка), обтурационную и странгуляционную, полную и частичную кишечную непроходимость. Атрезии и стенозы составляют 1/3 пороков желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Средняя частота рождения детей с атрезией кишечника 1:2710 (Ашкрафт К. У., 1996), причем преобладают дети с атрезией 12-перстной кишки. Достаточно большую группу составляют младенцы с различными видами мальротации. Мекониевая непроходимость встречается очень редко. Ведущим клиническим симптомом кишечной непроходимости является симптом срыгивания и рвоты, имеют значение наличие патологических примесей, сроки их появления, частота, интенсивность. Для заворота характерна триада симптомов: резкий болевой синдром, пальпируемое образование, кровь из прямой кишки.

За период 1995—1999 гг. мы наблюдали 225 больных с врожденной кишечной непроходимостью. Выполнено 330 лапаротомий, из них: пилоромиотомия — 122, рассечение эмбриональных спаек — 72, устранение заворота — 16, дуодено-дуоденоанастомоз — 13, дуодено-еюноанастомоз — 2, Т-образная стома — 6, межищечный анастомоз после резекции — 25, энтеростомия — 28, колостомия — 20, релапаротомия, анастомоз — 19, промежностная проктопластика — 7. Разработаны достаточно убедительные критерии антенатальной ультразвуковой диагностики полной кишечной непроходимости.

Успех лечения зависел от адекватной предоперационной подготовки, рационального выбора сроков оперативного вмешательства, качества интенсивной терапии, раннего начала энтерального питания через тонкий зонд, проведенный за зону анастомоза, иммунозаместительной терапии. У недоношенных и внутриутробно инфицированных детей, перенесших стрессовые роды с тяжелой гипоксией и оперированных в первые часы и дни жизни, ограничивались выполнением паллиативной операции в виде кишечных стом. В возрасте 1—3 месяцев

жизни восстанавливали непрерывность кишечной трубки. Анастомоз выполняли, используя однорядный узловый шов синтетической нитью 4—0, 5—0. Наибольшие трудности возникали при выхаживании детей с множественными пороками развития, синдромом короткой кишки после обширной резекции кишечника и остро-текущей вирусно-бактериальной инфекцией. Несостоятельность анастомоза возникла у двух недоношенных детей, оба погибли от перитонита, пневмонии на фоне сепсиса.

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМОЙ

Г. А. Шишкина, Д. Б. Атаев, Е. А. Ерохина, И. В. Станциц
г. Санкт-Петербург

В последние годы отмечается увеличение количества больных раком толстой кишки.

Проведен анализ результатов лечения 144 больных раком толстой кишки, осложненным обтурационной кишечной непроходимостью, у которых операционное вмешательство завершилось формированием колостомы.

В дальнейшем им выполнены реконструктивно-восстановительные операции с устранением колостомы.

Большинству больных произведено восстановление непрерывности толстой кишки с созданием внутрибрюшного анастомоза. У 11 (10,6%) больных выполнена радикальная операция с первичным анастомозом после паллиативных вмешательств, в 22 (21,5%) случаях при восстановлении непрерывности толстой кишки была применена прецизионная техника. У 4 (3,8%) больных в послеоперационном периоде наблюдалась недостаточность швов анастомоза, что явилось причиной одного летального исхода (0,9%).

Наличие колостомы на передней брюшной стенке инвалидизирует больных, причиняя им тяжелые физические и моральные страдания. В связи с этим восстановление непрерывности толстой кишки приобретает решающее значение для социально-трудовой реабилитации этого контингента больных.

При наблюдении за больными выяснено, что через 1,5 года 68 (65,3%) больных чувствовали себя хорошо и вернулись к основной трудовой деятельности, которую выполняли в полном объеме, 14 (13,4%) больных были пожилого возраста и после операции продолжали выполнять привычную домашнюю работу. Проследить отдаленный результат у 22 больных по различным причинам не удалось.

Таким образом, большинство больных с колостомой, оперированных по поводу осложненного непроходимостью колоректального рака, могут быть реабилитированы в сроки от 6 до 12 месяцев после первичного вмешательства и возвращены к нормальной жизни.

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА, ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ НАЛОЖЕНИИ ЛЕЧЕБНОЙ СТОМЫ

М. Г. Шебуев, О. И. Федотов, И. Л. Федотов
г. Самара

В практике хирурга в порядке оказания экстренной или плановой помощи нередко приходится выполнять лечебную кишечную стому. Частота этой операции при кишечной непроходимости колеблется от 20 до 55%.

Показанием для наложения стомы является также непроходимость опухолевого генеза, пожилой возраст, перитонит и пр. В такой ситуации радикальная операция нецелесообразна из-за угрозы несостоятельности анастомоза, перитонита, летального исхода.

За 40 лет выполнено около 2000 кишечных стом, в том числе при толсто- и тонкокишечной непроходимости неопухолевого генеза — у 685 больных, по поводу опухолей прямой и ободочных кишок — у 1075.

У больных с непроходимостью кишечника, создавая разгрузочную стому, оперирующий хирург преследует цель купировать воспалительный процесс брюшной полости, обеспечить декомпрессию кишечника, предупредить расхождение швов анастомоза.

Выводы. Ошибки и осложнения при наложении стомы нередко зависели от квалификации и опыта хирурга. Колостомы должны формироваться так, чтобы в перспективе не мешать выполнению восстановительной операции, не должно быть натяжения ткани кишки и ее брыжейки — в противном случае есть риск перемещения стомы в брюшную полость, развития гнойных осложнений, перитонита.

Реконструктивные операции следует выполнять в специализированных проктологических учреждениях.

ЭНТЕРОПЛИКАЦИЯ СКВОЗНЫМИ ДРЕНАЖНЫМИ ТРУБКАМИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

В. И. Шапошников
г. Краснодар

Одной из наиболее частых причин острой непроходимости кишечника является спаечная болезнь брюшной полости. Из 140 больных с данным видом патологии, которые находились под нашим наблюдением и которые лечились традиционным хирургическим методом, рецидив заболевания в сроки от 1 месяца и до 5 лет от момента производства первой операции установлен у 72,8% пациентов, при этом у 50,7% из них ранее было выполнено от 2 до 10 операций, а у 68,5% имелась вентральная грыжа. Это свидетельствует о том, что при выполнении операции по поводу спаечной кишечной непроходимости нужно принять меры по предупреждению рецидива заболевания. Однако у хирургов сложилось мнение, что способ Нобля можно применять только в холодном периоде спаечной болезни брюшной полости.

Нами разработана методика энтеропликации (патент РФ за № 2071728), которая позволяет осуществить данную процедуру и в остром периоде.

Методика. После рассечения всех спаек в брюшной полости через бессосудистую часть брыжейки тонкого кишечника проводят 2–4 сквозные перфорированные дренажные трубки. Для этой цели в обеих подреберных областях делают колотые ранки, через которые в брюшную полость вводят концы трубок, при этом сами трубки располагают впереди ободочной кишки. Отступая 15–20 см от дуодено-эюнального изгиба и в 3–4 см от брыжеечного края тонкой кишки, зажимом делается окно, через которое затем проводится правая трубка. Затем петля кишки смещается в поперечном направлении влево, и, отступая 5–6 см от места изгиба петли, эта же трубка повторно проводится через брыжейку тонкой кишки. После этого кишке в брюшной полости придается поперечное направление и по описанному принципу проводится левая трубка. По мере нанизывания трубок и продвижения их в сторону малого таза увеличивается длина окоплежащих петель кишечника. Длина последнего фиксированного сегмента должна равняться 25–30 см, при этом необходимо 18–20 см терминального отдела тонкого кишечника оставить без фиксации. Такое расположение петель кишечника позволяет избежать натяжения каждого фрагмента брыжейки и одновременно не препятствовать опусканию нижних петель в полость малого таза. После завершения фиксации кишечника дистальные концы трубок выводят из брюшной полости через контрапертуры в обеих подвздошно-паховых областях. Наличие боковых отверстий позволяет дренировать межпетельные пространства и проводить перитонеальный диализ.

Описанная методика применена у 21 больного, в том числе у 4-х с гнойным перитонитом и межпетельными абсцессами. Возраст больных был от 35 до 72 лет. Умер один больной на 2-е сутки после операции от эмболии легочной артерии. У других пациентов осложнений не наблюдалось. Трубки из брюшной полости удалялись на 3–4-е сутки. Моторная деятельность кишечника восстанавливалась к концу вторых суток после операции. Продолжительность наблюдения — от 6 месяцев до 6 лет. За указанный срок наблюдения рецидива острой спаечной кишечной непроходимости не отмечено.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Г. П. Шорох, И. И. Пикиреня, Н. С. Подымако
г. Минск

Острая кишечная непроходимость еще недавно относилась к числу заболеваний, при которых выполнение даже диагностической лапароскопии считалось противопоказанным. В настоящее время и при этой тяжелой патологии начали успешно выполнять лапароскопические операции.

В клинике неотложной хирургии БелГИУВ на базе больницы скорой медицинской помощи г. Минска в 1998 году находились на лечении 112 больных с острой кишечной непроходимостью. Консервативными мероприятиями кишечная непроходимость ликвидирована у 53 пациентов и 59 подвергнуты оперативному вмешательству в связи с неэффективностью консервативной терапии. Причиной острой кишечной непроходимости у 47 больных послужили спайки брюшной полости. Из них 8 больным со спаечной кишечной непроходимостью выполнена лапароскопическая ликвидация непроходимости путем рассечения или разъединения спаек. Все больные с подозрением на спаечную этиологию кишечной непроходимости проходили строгий отбор. После поступления им выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости, а затем лечебно-диагностический прием, включающий паранефральную блокаду, спазмолитики, сифонную клизму, инфузионную терапию. Показанием к лапароскопическому вмешательству служили: 1) отсутствие эффекта от консервативных мероприятий; 2) локализованный спаечный процесс; 3) отсутствие резко выраженного вздутия живота. Операции выполняли под общим (эндотрахеальным) наркозом. Пункцию брюшной полости для наложения пневмоперитонеума выполняли в окологупочной области.

ти, где в последующем проводили первый троакар и лапароскоп. Осложнений, связанных с введением первого троакара, не было. Дополнительные троакары (обычно два) вводили согласно локализации препятствия. Поиск места непроходимости осуществляли путем ревизии спавшегося отдела кишки. Спайки разделяли ножницами, с применением коагуляции. Плоскостные спайки разделяли ножницами. После устранения непроходимости аспирировали трансудат и кровь. В брюшную полость вводили полиглюкин с гидрокортизоном или преднизолоном. Время оперативного вмешательства — от 20 до 120 минут. Во время оперативного вмешательства локализованный спаечный процесс выявлен у 5 больных (после предшествующей аппендэктомии) и у 3 — распространенный спаечный процесс. У 1 больного с распространенным процессом устранить непроходимость лапароскопически не удалось, перешли на открытое вмешательство. Все больные выписаны из клиники на 5–6-е сутки после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Таким образом, лапароскопическая ликвидация острой спаечной кишечной непроходимости является перспективным и оптимальным способом лечения этой тяжелой патологии при правильно установленных показаниях и тщательной технике ее выполнения.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Ю. Т. Цуканов, А. Д. Тарасович, В. Ш. Сагдеев

г. Омск

Ошибки хирургической тактики при спаечной непроходимости кишечника влекут за собой усугубление спаечного процесса в брюшной полости очередной интервенцией или развитие некроза кишечника.

Изучены результаты лечения 208 больных острой спаечной кишечной непроходимостью в 1997–1999 годах. Мужчин было 85, женщин — 123 в возрасте от 21 до 73 лет (в среднем 42 года). Все они ранее оперированы по поводу различных заболеваний, в том числе 82 больных (39,4%) — аппендицита. Ранее перенесли атаки кишечной непроходимости 152 больных, у 72 (47,4%) — закончившиеся лапаротомией.

Больные разделены на 3 группы. Первую составили 116 больных со стартовыми симптомами, у которых непроходимость разрешилась в первые часы консервативной терапии. Вторую группу составили 85 больных с сочетанием стартовых и базовых симптомов. 73 из них были оперированы, у остальных 12 непроходимость разрешилась после проведения интенсивного лечения под контролем хирурга. У оперированных больных второй группы на операции были обнаружены типичные признаки кишечной непроходимости: спавшиеся и раздутые гиперемизированные петли кишечника, спайки, странгуляция спаечным тяжом, серозный выпот. Всем произведено рассечение спаек.

Третью группу составили 7 больных, поступивших в сроки от семи часов до пяти суток с момента заболевания в тяжелом состоянии с жалобами на острые схваткообразные боли, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Они беспокоились, кричали от болей. Язык был сухим, живот вздутым, с резкой болезненностью по всему животу и напряжением мышц брюшной стенки. На операции обнаружены спавшиеся и раздутые петли кишечника, геморрагический выпот, отек брыжейки, спайки, странгуляция с гангреной части кишечника.

РАННЯЯ ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ И МЕРЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

А. Ф. Черноусов, В. А. Андрианов, В. В. Титов, А. Ю. Семенов

г. Москва

В отделении хирургии пищевода и желудка и отделении общей хирургии РНЦХ РАМН за период с 1975 года по 1999 год включительно на органах брюшной полости было выполнено 6348 операций. Из них только лишь у 21 (0,3%) больного в раннем послеоперационном периоде развилась острая кишечная непроходимость, потребовавшая релапаротомии. Причем у 9 пациентов после операций по поводу рака желудка с выполнением расширенной лимфаденэктомии (у 4 — после резекции по Бильрот-I, у 3 — резекции по Бильрот-II, и у 2 — гастрэктомии), а у 4 — рассечения спаек при спаечной болезни. В одном случае острая непроходимость кишечника развилась после экстирпации пищевода с пластикой желудочной трубкой при раке с/3 пищевода, а в другом — после тотальной загрудинной пластики пищевода левой половиной толстой кишки у больного с ожоговой стриктурой пищевода. И, наконец, еще у одного пациента после правосторонней гемиколэктомии по поводу рака восходящей ободочной кишки. Во всех этих случаях объем операции был достаточно большим, что было связано с массивной травматизацией тканей при разделении спаек, лимфаденэктомией, выделением ободочной кишки и формированием толстокишечного трансплантата. Поэтому прогнозирование развития острой кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде у подобных больных было практически невоз-

возможным и зависело от индивидуальных особенностей. Еще у 2 пациентов острая непроходимость кишечника развилась после аппендэктомии, у 1 больного — после холецистэктомии и у 1 — после эксплоративной лапаротомии при распадающемся раке желудка и асците. В этих случаях формирование спаек в брюшной полости можно объяснить локальным воспалительным процессом.

В нашем отделении мы используем ряд профилактических мер, которые направлены на предупреждение развития раннего спаечного процесса в брюшной полости. Они в себя включают: смыв талька с перчаток перед началом операции; проведение тщательной ревизии органов брюшной полости и разделение спаек у ранее оперированных больных; «укладывание» органов брюшной полости в их анатомо-функциональное положение перед ушиванием брюшной стенки; стимуляцию перистальтики кишечника сразу после удаления дренажей из брюшной полости — на 2–4-е сутки; раннюю активизацию больных с проведением ЛФК.

У 2 больных, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II, произошло ущемление петли тонкой кишки в окне мезоколон, поскольку оно не было полностью ушито. Эти два случая, на наш взгляд, являются наиболее значимыми, так как мы считаем, что при выполнении операций подобного рода обязательно нужно проводить ушивание окна в брыжейке поперечно-ободочной кишки. В противном случае такие осложнения в послеоперационном периоде будут наиболее возможны.

Таким образом, основной причиной развития острой кишечной непроходимости в послеоперационном периоде явился ограниченный спаечный процесс в брюшной полости — у 19 (90,5%) пациентов, а у 2 (9,5%) больных — ущемление петли тонкой кишки в окне мезоколон вследствие технических ошибок при выполнении оперативного вмешательства. В настоящее время резекцию желудка по способу Бильрот-II мы выполняем редко.

Все наши пациенты, которым были сделаны повторные операции по поводу ранней острой кишечной непроходимости, поправились и были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

В заключение нашего сообщения необходимо сказать, что каждый хирург при выполнении резекции желудка по Бильрот-II должен помнить о необходимости ушивания окна в брыжейке поперечно-ободочной кишки, а также соблюдать меры профилактики, направленные на предотвращение ранней спаечной кишечной непроходимости.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕКОМПРЕССИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И УРОВНЯ ИНТУБАЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

А. П. Чадяев, А. И. Хрипун
г. Москва

Лечение кишечной непроходимости, осложненной распространенным перитонитом и паралитическим илеусом, представляет одну из актуальных проблем ургентной хирургии. Как доказано нами в эксперименте, течение пареза кишечника во многом зависит от уровня давления в брюшной полости. Это давление является результатом пареза и метеоризма кишечника, отека брюшины и напряжения мышц брюшной стенки. Возникающая внутрибрюшная гипертензия (ВБГ) является фактором прогрессирования пареза, обусловленного, в свою очередь, интестинальной ишемией и гипоксией. Назоинтестинальная интубация тонкой кишки не предотвращает развития ВБГ в достаточной мере. Для более эффективной коррекции внутрибрюшного давления (ВБД), предупреждения и лечения паралича кишечника целесообразно применять методы декомпрессивного закрытия лапаротомной раны, временно увеличивающие объем брюшной полости, а также релаксацию мышц брюшной стенки.

Декомпрессивное ушивание лапаротомной раны было выполнено у 77 больных, оперированных по поводу распространенного перитонита различного происхождения, в том числе обусловленного кишечной непроходимостью. Одним из компонентов лечения в послеоперационном периоде у этих больных была пролонгированная перидуральная анестезия. Контрольную группу составили 46 пациентов с традиционным ушиванием срединной лапаротомной раны наглухо. Уровень давления в брюшной полости и состояние кишечной моторики контролировали методом баллонной манометрии и прямой электроэнтеромиографии, а общее состояние больных оценивали по системе APACHE II. У больных с декомпрессивным ушиванием лапаротомной раны послеоперационный период отличался высокими темпами стихания воспалительных явлений, быстрым обратным развитием пареза кишечника, быстрой нормализацией показателей токсемии, очевидным улучшением показателей дыхания, макро- и микрогемодинамики. Декомпрессивное ушивание послеоперационной раны сочетали с назоинтестинальной зондовой декомпрессией кишечника. Это позволило ограничить уровень интубации тонкой кишки только ее начальным отделом, что с учетом значительной травматичности процедуры имеет важное значение. Благоприятное течение послеоперационного периода у больных с декомпрессивным закрытием брюшной полости позволяло удалять интестинальный зонд в более ранние сроки при полном восстановлении кишечной моторики. Тем самым предупреждали развитие таких осложнений длительной назоинтестинальной интубации, как дыхательные

расстройства, инфицирование проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта и трахеобронхиального дерева, появление пролежней со стороны слизистой. Эффективная коррекция ВБД позволила снизить летальность на 7,5%, а количество раневых и органических осложнений — на 41,4%.

Таким образом, декомпрессивное ушивание лапаротомной раны в сочетании с назоинтестинальной интубацией начального отдела тонкой кишки обеспечивает полноценную коррекцию внутрибрюшного давления и позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения острой кишечной непроходимости.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОРФИНА ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОТОРИКИ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

А. В. Чернов, А. С. Быков
г. Екатеринбург

Нарушение моторики желудочно-кишечного тракта в большей или меньшей степени развивается при любой патологии и операции на органах брюшной полости. Наибольшие сложности встречаются при восстановлении двигательной активности кишечника у больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости.

В лечении послеоперационного пареза кишечника широко используется метод длительной перидуральной анестезии 3%-ным раствором тримекаина, 2%-ным раствором новокаина, лидокаина и 0,5%-ным раствором маркаина, при этом требуется многократное введение анестетика.

Эффективность перидуральной анестезии объясняется сегментарным типом обезболивания, сегментарной симпатической блокадой, стимулирующим действием на *p. vagus*, центральной анальгезией.

В 1982 г. в нашей клинике предложен и применен метод пролонгированного перидурального блока морфином в дозе от 3 до 10 мг в зависимости от возраста и степени выраженности гиповолемии. При правильно подобранной дозе перидуральная анестезия морфином оказывает минимальное влияние на центральную гемодинамику и способствует уменьшению числа осложнений со стороны дыхательной системы. При гиповолемии требуются более низкие дозы препарата.

За период 1997—1999 гг. прооперированы 310 человек по поводу острой кишечной непроходимости. У 70% больных выполнена длительная перидуральная анестезия морфином по вышеуказанной методике. Из них 46% мужчин и 54% женщин в возрасте от 16 до 76 лет. Обезболивающий эффект наступает через 5—10 минут и сохраняется в среднем до 24 часов. У данной группы больных восстановление моторной функции кишечника в послеоперационном периоде наступало на первые сутки в 21,4%, вторые — 38,7%, третьи — 22,6%, четвертые — 17,3%. Необходимо отметить, что на вторые сутки восстановление моторики желудочно-кишечного тракта наблюдается у больных с диффузными формами перитонита, на третьи-четвертые сутки — у больных с разлитыми формами перитонита.

Противопоказанием к методу считаем терминальную стадию шока и тяжелую степень анемии.

Выводы:

1. Применение морфина для длительной перидуральной анестезии способствует быстрому восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде.

2. Длительную перидуральную анестезию морфином следует включать в комплекс лечебных мероприятий для борьбы с послеоперационными парезами желудочно-кишечного тракта.

ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

В. Н. Чернов, Б. М. Белик
г. Ростов-на-Дону

Настоящая работа основывается на анализе хирургического лечения 490 больных с различными формами острой непроходимости кишечника (ОНК) неопухолевой этиологии.

На основе биомикроскопии и лазерной доплеровской флоуметрии кишечной стенки разработана комплексная интраоперационная диагностика стадии острого ишемического повреждения кишки с достоверной оценкой ее жизнеспособности.

С учетом современных представлений о патогенезе заболевания нами разработаны также следующие стадии клинического течения ОНК: I стадия — спланхическая ишемия; II стадия — водно-электролитные расстройства; III стадия — эндотоксикоз и перитонит; IV стадия — полиорганная дисфункция; V стадия — реабилитация. Принципиально важным считаем выделение в клиническом течении ОНК стадии полиорганной дисфункции, так как это указывает на развитие качественно нового сдвига в

соотношении сил агрессии и защитно-адаптационных возможностей организма в условиях прогрессирования эндотоксикоза (ЭТ).

Как показали проведенные нами исследования, в патогенезе полиорганной недостаточности в условиях разлитого перитонита при ОНК ведущую роль играют нарушение защитно-барьерной функции тонкой кишки, массивная транслокация энтеральной симбионтной микрофлоры (прежде всего неспорообразующих анаэробов) в портальное русло и развитие функциональной несостоятельности печени, реализующейся преимущественно в форме фульминантной макрофагальной недостаточности, что приводит к «прорыву» инфекционно-токсических агентов в системный кровоток, проявляющееся развитием токсико-септического шока и усугублением ЭТ, во многом предопределяющих прогноз и исход заболевания.

На основании интегрального анализа 11 наиболее информативных и прогностически значимых клинико-лабораторных критериев, достоверно отражающих функциональное состояние основных жизнеобеспечивающих систем организма, выраженность синдрома системного воспалительного ответа и катаболизма, а также уровень токсемии, у больных ОНК выделены 3 степени тяжести ЭТ.

В соответствии с клинической стадией течения заболевания, характером острой ишемии кишки и степенью тяжести ЭТ разработан дифференцированный подход к выбору хирургической тактики и объема комплексного лечебного пособия у больных ОНК на всех этапах лечения. Учитывая ключевую роль «интестиногенного компонента» ЭТ при ОНК, в клинике разработана комплексная программа энтеральной детоксикации (декомпрессионная назоинтестинальная интубация, в том числе и эндоскопическое дренирование тонкой кишки, внутрикишечный лаваж, энтеросорбция, энтеральное зондовое введение лекарственных и питательных смесей), которая сочеталась с внутрипортальной инфузионной терапией и активными методами экстракорпоральной гемокоррекции (обменным плазмаферезом, гемосорбцией, ультрафиолетовым облучением и мембранной оксигенацией аутокрови с ее реинфузией в портальное русло).

Применение указанной лечебной тактики позволило на 11,3% уменьшить количество послеоперационных осложнений, обусловленных прогрессированием ЭТ и тяжелых органических нарушений, а также снизить послеоперационную летальность у больных ОНК с 19,8% до 11,7%.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ КИШЕЧНИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

В. Н. Чернов, Е. М. Белик, В. Р. Борлаков, С. К. Русаков
г. Ростов-на-Дону

Анализ клинических наблюдений включает 115 больных с ущемленными вентральными грыжами, осложненными острой непроходимостью кишечника (ОНК). У 97 больных (84,3%) возраст превышал 60 лет, в том числе у 62 (53,9%) — 70 лет. В сроки до 24 часов от начала заболевания были оперированы 30 больных (26,1%), от 24 до 48 часов — 19 (16,5%) и позже 48 часов — 66 больных (57,4%).

По принципам лечения все больные были разделены на две группы. В I группе (67 больных) не применялась длительная назоинтестинальная декомпрессия тонкой кишки, а лечение соответственно проводилось без использования методов энтеральной детоксикации. Интраоперационная оценка жизнеспособности (ЖС) кишки у этих больных осуществлялась традиционным визуально-пальпаторным способом. Во II группе (48 больных) лечение проводилось с использованием разработанной в клинике комплексной программы энтеральной детоксикации, включающей декомпрессионную назоинтестинальную интубацию, внутрикишечный лаваж, энтеросорбцию, энтеральное введение лекарственных и питательных смесей. В этой группе больных оценка ЖС кишки осуществлялась путем сочетанного применения интраоперационной биомикроскопии (ИБМ) и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

В I группе у 8 больных выполнено устранение ущемления кишки в наружной грыже, у 10 больных этот объем оперативного вмешательства дополнялся энтеротомией и одномоментной ретроградной интубацией кишечника, у 49 больных произведена резекция тонкой кишки. У 12 больных отмечены послеоперационные осложнения, обусловленные неправильной интраоперационной оценкой ЖС кишки, (у 7 — несостоятельность швов межикишечного анастомоза, у 2 — несостоятельность кишечных швов после энтеротомии и у 3 — оставление в брюшной полости нежизнеспособной кишечной петли). У 29 больных имели место тяжелые органические нарушения, связанные с прогрессированием эндотоксикоза (ЭТ). Умерли 20 больных (послеоперационная летальность — 29,8%).

Во II группе у 17 больных осуществлялось устранение ущемления кишки и у 31 пациента произведена ее резекция, что во всех случаях сочеталось с выполнением декомпрессионной назоинтестинальной интубации. Осложнений, связанных с неправильной интраоперационной оценкой ЖС кишки, не наблюдалось. У 13 больных имели место органические дисфункции в условиях тяжелого ЭТ. Умерли 9 больных (послеоперационная летальность — 18,7%).

Таким образом, использование ИБМ и ЛДФ в оценке ЖС кишки и применение комплексной программы энтеральной детоксикации у больных с ущемленными вентральными грыжами, осложненными ОНК, позволило значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений и снизить послеоперационную летальность на 11,1%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ПЕРМСКОЙ ОБЛАСТИ

В. А. Черкасов, М. В. Репин, В. М. Ладейщиков, И. Г. Хабиров
г. Пермь

В Пермской области с 1989 по 1998 гг. по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН) лечились 7810 больных. Оперированы 4940 (63,3%) больных, 2870 (36,7%) лечились консервативно. Летальность после операций составила 8%, у неоперированных больных — 0,6%.

Среди различных форм ОКН преобладала (57,5%) механическая непроходимость тонкой кишки в результате рубцово-спаечных процессов брюшной полости. Реже встречались другие формы: обтурационная (5,3%), странгуляционная (2,9%), инвагинация (1,4%), завороты (1,2%), динамическая кишечная непроходимость (1,5%). Характер лечения зависел от тяжести общего состояния больных, степени изменений в кишечнике. При спаечной непроходимости оперировано 51,3% больных. Чаще устраняли непроходимость путем рассечения сращений, дезинвагинации, ликвидации заворотов и узлообразования, удаления инородных тел. Резекция кишки произведена в 21% случаев.

Непроходимость толстой кишки установлена в 30,2% случаев. В 15% она была обусловлена обтурацией опухолями левой половины ободочной и прямой кишок, в 4,6% — опухолями правых отделов, в 4% — поперечной ободочной кишки. Заворот сигмовидной кишки привел к ОКН в 6% случаев. Реже причинами толстокишечной непроходимости были: дивертикулит, болезнь Крона, туберкулез, копростаз, которые в основном лечились консервативно. При непроходимости левой половины ободочной и прямой кишок чаще всего выполняли обструктивную резекцию с колостомой. Первичные анастомозы накладывали только при резекции правой половины ободочной кишки.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ КИШЕЧНЫЙ ЛАВАЖ С ЭНТЕРОСОРБЕНТОМ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В. Н. Эктов, Т. Е. Шамаева, А. И. Наливкин
г. Воронеж

С 1992 г. в клинике лечение больных с опухолями левой половины ободочной кишки, осложненными острой толстокишечной непроходимостью (ОТКН), проводится способом интраоперационного антеградного кишечного лаважа с энтеросорбентом с последующим формированием первичного кишечного анастомоза. Всего по данной методике оперировано 18 больных (14 женщин и 4 мужчины). Опухоли были выявлены в селезеночном изгибе (5), в нисходящем отделе (3), в проксимальной трети (2) и в дистальных отделах сигмовидной кишки (8) с последующим гистологическим подтверждением, выявившим стадии аденокарциномы различной степени дифференцирования $T_2N_0M_0$ у 10 и $T_4N_0M_0$ у 8 больных. ОТКН в стадии компенсации была у 6, субкомпенсации — у 10 и в стадии декомпенсации — у 2 больных. Все больные поступали в срочном порядке, с декомпенсированными формами ОТКН оперированы в первые сутки после поступления в стационар, остальные — на 3–8-е сутки. За 30–40 минут до операции всем больным вводились внутривенно антибиотики широкого спектра действия (цефотаксим 1,0).

Радикальные операции произведены в объеме левосторонней гемиколэктомии (10) и резекции пораженного участка сигмовидной кишки (8). После этапа резекции участка кишки к оставшемуся участку ободочной кишки герметично фиксировали толстый резиновый шланг. После аппендэктомии (13) или цектомии (5) в купол слепой кишки вводили катетер Фолея, по которому антеградно осуществляли промывание ободочной кишки 8–10 литрами изотонического солевого раствора. При выполнении завершающего этапа кишечного лаважа в толстую кишку по катетеру двукратно вводили энтеросорбент микросорб-П в количестве 40–50 г с экспозицией 5 минут, затем культю аппендикса ушивали обычным способом с погружением в кисетный и Z-образный швы. Толстокишечный анастомоз формировали отдельным ручным двухрядным швом. По ходу операции вводили дополнительно по 1,0 цефотаксима и 100 мл метрогила. Данная методика потребовала удлинения времени операции в среднем на 40–50 минут, дальнейшее усовершенствование техники ирригации раствора — использование катетера Фолея большего диаметра — сократило это время до 20–30 минут.

В послеоперационном периоде проводилась декомпрессия желудочно-кишечного тракта трансанальным и назогастральным зондами, через последний на 2–3 сутки после операции дополнительно вводилось по 10–20 г энтеросорбента, 12 больным с суб- и декомпенсированными формами ОТКН проводилось по 2–3 сеанса гипербарической оксигенации в сочетании с ультрафиолетовым облучением крови. Послеоперационные осложнения развились у 4 (22,2%) больных: ограниченная несостоятельность сигмосигмоидного анастомоза, не повлекшая необходимости повторного оперативного вмешательства, — у 1 (5,6%); нагноение послеоперационной раны — у 2 (11,1%); пневмония — у 1 (5,6%) больного. Летальных исходов не было.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

А. В. Юдаков, Л. Н. Кирилин
г. Новосибирск

Рост заболеваемости раком толстой кишки в последние десятилетия подтверждается данными нашей клиники. За 15 лет были оперированы 676 больных раком прямой и ободочной кишки, в последние 6 лет — 370 больных.

По экстренным показаниям с клиническими проявлениями полной или частичной кишечной непроходимости (КН) были госпитализированы 232 больных — 34%. Женщин было больше — 61%, в возрасте до 45 лет — 9%, старше 70 лет — 23%.

Выполненные непосредственно при поступлении ректо- и колоноскопии позволили объективизировать диагноз у 62 больных, еще у 43 больных наличие опухоли определено при пальцевом исследовании прямой кишки — в первые два часа точный диагноз установлен в 45% случаев.

Локализация опухоли: правая половина ободочной кишки — у 40 (17,2%) больных, левая половина — у 46 (19,8%), сигмовидная кишка — у 81 (34,9%), прямая кишка — у 62 больных (26,7%).

У 127 больных (55%) явления КН были разрешены применением очистительных клизм, бужированием опухоли низкой локализации с проведением зонда. В 95 случаях радикальные операции выполняли в плановом порядке: правосторонние (9) и левосторонние (23) гемиколэктомии, резекции поперечной ободочной (3) и сигмовидной (34) кишки, передние резекции (11), брюшно-анальные резекции (9) и экстирпации прямой кишки (9). При местно-распространенном процессе выполнены дополнительно резекция тонкой кишки (3), экстирпация матки (4), нефрэктомия (3), спленэктомия (2), спленэктомия и резекция диафрагмы (1); при одиночных метастазах в печень у 5 больных выполнены атипичные резекции печени. В случаях сочетания местно-распространенного опухолевого процесса и множественных отдаленных метастазов выполнены межкишечные анастомозы (11) и наложение колостомы (21).

У 105 пациентов (45%) разрешить явления КН не удалось, большинство оперированы через 2–3 часа интенсивной предоперационной подготовки в экстренном порядке. 51 больному выполнены радикальные операции: правосторонняя (7) и левосторонняя (11) гемиколэктомия типа Гартмана или Микулича, резекция прямой кишки по Гартману (33). 54 больным выполнены паллиативные вмешательства.

НЕОАДЬЮВАНТАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НИЗКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

В. В. Янов, А. С. Мартынов, О. Л. Никельник, С. В. Орлов, Ю. В. Доровских
г. Благовещенск

В Амурском колопроктологическом центре у 53 больных раком ободочной кишки, осложненным кишечной непроходимостью, с целью предварительной декомпрессии кишечника, как первый этап радикальной операции, использовалась лапароскопическая ассистированная декомпрессионная колостомия. У 37 пациентов (69,7%) выявлены местно-распространенные опухоли ободочной кишки с переходом их на соседние органы и ткани, брюшную стенку. Цитологические исследования свободной жидкости брюшной полости выявили следующее: в 14,8% на фоне хронического воспаления обнаружены клетки в стадии выраженной пролиферации с атипией отдельных клеток без признаков злокачественности и в 85,2% случаев клетки злокачественного роста (аденокарцинома различной степени дифференциации).

С целью профилактики имплантационных метастазов, а также предупреждения диссеминации опухолевого процесса при выполнении основного этапа — резекции кишки с опухолью, устранение колостомы, восстановление непрерывности кишечника, разработана методика интраоперационного внутрибрюшного введения 5-фторурацила во время лапароскопической колостомии.

После диагностического этапа операции в брюшную полость с помощью акапулятора вводился 5-фторурацил в дозе 500 мг/м², средняя доза 750 мг изотонического раствора хлорида натрия. Экспозиция раствора — 2 часа, использованы разработанные нами ирригаторы и дренажи. С 2 по 5-й день в брюшную полость вводился

5-фторурацил 500 мг/м² по 800 мл изотонического раствора. Все больные были затем радикально оперированы с одновременным восстановлением непрерывности кишечника.

Осложнений общего характера, со стороны брюшной полости связанных с введением раствора 5-фторурацила, не выявлено. Цитологические исследования показали, что у всех больных уже на 2-й день после введения химиопрепарата в свободной жидкости из брюшной полости не выявлено наличие клеток злокачественного роста.

Таким образом, предлагаемая методика использования химиопрепаратов на предварительном этапе радикального лечения рака ободочной кишки, осложненного кишечной непроходимостью, обеспечивает максимальное соблюдение основных принципов онкохирургии.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Документ разработан рабочей группой, обсужден и принят за основу совещанием экспертов в Москве 28 января 2000 г.*

Председатель совещания: Савельев В. С. — академик РАН и РАМН, зав. кафедрой факультетской хирургии РГМУ, главный хирург МЗ РФ, председатель правления Всероссийского общества хирургов, президент Ассоциации флебологов России.

Участники совещания:

1. **Р. С. Акчури*** — член-корр. РАМН, профессор, руководитель отдела сердечно-сосудистой хирургии КНЦ, Москва.
2. **А. Г. Бебуришвили** — профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии ВМА, Волгоград.
3. **С. А. Васильев** — д. м. н., зав. лабораторией коагулологии Гематологического научного центра РАМН, Москва.
4. **Г. И. Воробьев** — член-корр. РАМН, профессор, директор ГНЦ колопроктологии, Москва.
5. **П. А. Воробьев** — профессор, руководитель лаборатории проблем стандартизации в здравоохранении ММА им. И. М. Сеченова, Москва.
6. **Б. Р. Гельфанд** — профессор, зав. курсом анестезиологии и реаниматологии ФУВ РГМУ, Москва.
7. **В. А. Гологорский*** — профессор, зав. лабораторией анестезиологии и реаниматологии РГМУ, главный анестезиолог-реаниматолог МЗ РФ, Москва.
8. **В. М. Городецкий*** — профессор, зам. директора Гематологического научного центра РАМН, главный трансфузиолог МЗ РФ, Москва.
9. **М. И. Давыдов** — член-корр. РАМН, профессор, директор НИИ клинической онкологии ОНЦ им. Н. Н. Блохина, Москва.
10. **А. С. Ермолов** — член-корр. РАМН, профессор, директор НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, главный хирург КЗ Москвы.
11. **Н. В. Загородний** — профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии, УДН им. П. Лумумбы, Москва.
12. **В. В. Замятин** — профессор, главный хирург Самарской области.
13. **И. И. Затевахин** — профессор, зав. кафедрой хирургических болезней РГМУ, главный ангиолог КЗ Москвы.
14. **А. И. Кириенко*** — профессор кафедры факультетской хирургии РГМУ, исполнительный директор Ассоциации флебологов России, Москва.
15. **В. А. Козлов** — профессор, директор Центра экспериментальной и клинической хирургии, Екатеринбург.
16. **В. И. Кулаков** — академик РАМН, профессор, директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва.
17. **Н. А. Лопаткин** — академик РАМН, профессор, директор НИИ урологии МЗ РФ, Москва.
18. **О. Б. Лоран*** — профессор, зав. кафедрой урологии ММСИ, главный уролог МЗ РФ, Москва.
19. **Н. Н. Малиновский** — академик РАМН, профессор, главный хирург ЦКБ при УД Президента России, Москва.
20. **О. Д. Мишнев** — профессор, зав. кафедрой патологической анатомии РГМУ, Москва.
21. **Л. А. Озолина** — профессор кафедры акушерства и гинекологии РГМУ, Москва.
22. **Е. П. Панченко*** — д. м. н., ведущий научный сотрудник КНЦ, Москва.
23. **А. В. Покровский*** — академик РАМН, профессор, зав. отделом сосудистой хирургии Института хирургии им. А. В. Вишневского, президент Европейского общества сосудистых хирургов, Москва.
24. **Ю. С. Полушин** — профессор, начальник кафедры анестезиологии и реаниматологии ВМА, главный анестезиолог-реаниматолог МО РФ, Санкт-Петербург.
25. **Н. Н. Петровичев** — профессор, зав. патологоанатомическим отделением ОНЦ им. Н. Н. Блохина, Москва.

26. **В. А. Кубышкин** — профессор, зав. отделом Института хирургии им. А. В. Вишневского, Москва.
27. **М. Ш. Цициашвили** — профессор кафедры хирургических болезней РГМУ, Москва.
28. **В. А. Черкасов** — профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ректор Пермской медицинской академии, Пермь.
29. **М. И. Черкасов** — профессор, зав. кафедрой хирургических болезней № 2 РГМУ, Ростов-на-Дону.

ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) представляют серьезную проблему современного здравоохранения. Массивная ТЭЛА (поражение ствола и главных легочных артерий) является одной из частых причин смертности в стационарах различного профиля. Если больной переживает острый эпизод ТЭЛА, ему угрожает развитие тяжелой хронической гипертензии малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью. Распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза в долгосрочной перспективе ведет к формированию посттромбофлебитической болезни, проявляющейся хронической венозной недостаточностью вплоть до развития трофических язв, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов.

Эпидемиологические данные показывают, что частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100000 с частотой фатальной ТЭЛА 60 на 100000 населения. Более 25% случаев ТГВ и ТЭЛА непосредственно связаны с различными хирургическими вмешательствами. Многие клиницисты недооценивают эту опасность, поскольку для послеоперационного ТГВ характерно скрытое (бессимптомное) течение. В целом ряде случаев ТЭЛА развивается после выписки из стационара. Все это создает иллюзию относительно низкой частоты тромбоэмболических осложнений. Вместе с тем они являются одной из главных причин послеоперационной летальности (5% после общехирургических и 24% после ортопедических вмешательств), часто приводят к инвалидизации пациентов, существенно повышают стоимость лечения, требуют дополнительных расходов на реабилитацию и уход. В связи с этим важнейшей задачей следует признать профилактику ТГВ и его осложнений.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Различные хирургические вмешательства в той или иной степени сопряжены с опасностью развития венозных тромбоэмболических осложнений (табл. 1).

Степень риска увеличивается с возрастом, при ожирении, злокачественных новообразованиях, ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, варикозном расширении вен, повторных оперативных вмешательствах и тромбофилических состояниях. Также имеют значение характер лечебных мероприятий (продолжительность операции, тип анестезии), длительность постельного режима до и после операции, уровень гидратации и наличие гнойно-септических осложнений (табл. 2).

Табл. 1. **Риск развития ТГВ после различных хирургических вмешательств*** (в порядке уменьшения частоты)¹

Протезирование тазобедренного сустава	55—60%
Ампутация бедра	
Протезирование коленного сустава	
Остеосинтез бедра	
Вмешательства при злокачественных опухолях брюшной полости	
Чреспузырная аденомэктомия	
Общая абдоминальная хирургия	
Аортоподвздошная реконструкция	
Гинекологические вмешательства	
Трансплантация почки	
Торакальная хирургия (кроме вмешательств на сердце)	
Нейрохирургия	
Бедерно-подколенное шунтирование	
Открытая менискэктомия	20—25%

Табл. 2. **Факторы риска ТГВ/ТЭЛА**

- ТЭЛА/ТГВ в анамнезе
- Варикозные вены
- Онкологические заболевания
- Характер и длительность операции
- Послеоперационные осложнения
- Общая анестезия
- Возраст старше 40 лет
- Ожирение
- Дегидратация/полицитемия
- Инфекция/сепсис
- Лечение эстрогенами
- Недостаточность кровообращения
- Дыхательная недостаточность
- Постельный режим
- Травма
- Послеродовой период
- Тромбофилии

* Порядок верен для общей группы пациентов. Наличие дополнительных факторов риска, указанных в тексте, может изменить степень опасности развития послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у конкретного больного.

Помимо указанных обстоятельств значительную роль может играть сопутствующая кардиоваскулярная патология: нарушение мозгового кровообращения (ТГВ возникает в 56% случаев), инфаркт миокарда (в 22%) и недостаточность кровообращения (в 20%).

Опасность развития венозных тромбоэмболических осложнений может сохраняться после выписки больного из стационара при неустраненных предрасполагающих факторах.

Послеоперационный ТГВ при **онкозаболеваниях** встречается у 66–67% пациентов, что более чем в 2 раза превышает аналогичный показатель в общей хирургии.

Высокий риск развития ТГВ характерен для больных **урологического** профиля. У пациентов, оперированных по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и злокачественных новообразований мочеполювых органов, ТГВ регистрируется в 40–45% случаев. У 20% больных ДГПЖ в отдаленном послеоперационном периоде наблюдается хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, связанная с перенесенным ТГВ.

Общая частота тромбоэмболических осложнений после **гинекологических** вмешательств такая же, как и в общей хирургии. ТЭЛА является ведущей причиной летальности после гинекологических операций по поводу рака.

ТГВ при **беременности** возникает в 5–6 раз чаще, чем у небеременных женщин аналогичного возраста, и его частота составляет 0,18–0,42%. В послеродовом периоде венозные тромбоэмболические осложнения возникают еще чаще, особенно при оперативном родоразрешении, при котором их частота возрастает в 10–15 раз. ТЭЛА является наиболее частой причиной материнской смертности.

Имеется повышенная опасность ТГВ у женщин, принимающих гормональные препараты, содержащие 50 и более микрограмм эстрогенов. Оральные контрацептивы с низкими дозами эстрогенов увеличивают опасность развития ТГВ на фоне тромбофилических состояний (например, лейденской мутации фактора V).

Врожденная предрасположенность к тромбозам (**тромбофилия**) является достаточно редким состоянием, но должна приниматься во внимание у больных, имевших тромботический эпизод в отсутствие провоцирующих факторов в возрасте до 40 лет, повторный ТГВ и соответствующий семейный анамнез. Частота врожденной тромбофилии у больных с ТГВ составляет приблизительно 8%. Кроме того, предрасположенность к ТГВ имеется при ряде приобретенных гематологических нарушений, таких как антифосфолипидный синдром и миелопролиферативные заболевания.

Больные с тромбофилией имеют высокий риск ТГВ и ТЭЛА. Они должны получать надлежащую профилактику в соответствии с клинической ситуацией.

В ряде случаев послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения непосредственно связаны с развитием ДВС-синдрома. Его профилактика требует проведения адекватной трансфузионной терапии в период хирургического вмешательства, а также выполнения лабораторных коагулологических тестов с целью раннего выявления и своевременного эффективного лечения.

КАТЕГОРИИ РИСКА

Известные клинические факторы позволяют классифицировать больных (табл. 3 и 4) с выделением групп высокого, умеренного и низкого риска развития венозных тромбоэмболических осложнений.

ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Для предотвращения послеоперационного венозного тромбоза предложены различные физические (механические) и фармакологические средства. К первой группе относят разные способы ускорения венозного кровотока, что препятствует одному из важнейших факторов в генезе тромбообразования: застою крови в венах нижних конечностей. Венозный застой предотвращают **ранняя активизация пациентов** в послеоперационном периоде, **эластическая компрессия нижних конечностей** (предпочтительнее использование с этой целью специальных эластических гольфов и чулок, обеспечивающих максимальное давление на уровне лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении); прерывистая пневмокомпрессия ног с помощью специальных компрессора и манжет, разделенных на несколько камер, в которые попеременно подается воздух; «ножная педаль», позволяющая добиваться пассивного сокращения икроножных мышц.

В числе общих мер, которые также могут сыграть профилактическую роль, следует упомянуть: обеспечение адекватной гидратации, использование нормоволемической гемодилюции (оптимальная величина Ht перед началом вмешательства — 27–29%), применение максимально щадящей техники оперативного вмешательства, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности.

Табл. 3. **Степени риска послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений** (по С. Samama и M. Samama, 1999, в модификации).

Риск	Факторы риска, связанные с:	
	операцией	состоянием больного
Низкий (IA)	I. Неосложненные вмешательства продолжительностью до 45 мин. (например, аппендэктомия, грыжесечение, роды, аборт, трансуретральная аденомэктомия и др.)	A. Отсутствуют
Умеренный (IB, IC, IIA, IIB)	II. Большие вмешательства (например, холецистэктомия, резекция желудка или кишечника, осложненная аппендэктомия, кесарево сечение, ампутация матки и др.)	B. Возраст более 40 лет, варикозные вены, прием эстрогенов, недостаточность кровообращения, постельный режим более 4 дней, инфекция, ожирение, послеродовой период (6 недель)
Высокий (IIC, IIIA, IIIB, IIIC)	III. Расширенные вмешательства (например, гастрэктомия, панкреатэктомия, колэктомия, экстирпация матки и др.)	C. Онкологические заболевания, ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, паралич н/конечностей, тромбофилии

Табл. 4. **Частота венозных тромбозмболических осложнений у различных групп больных** (по E. Salzman и J. Hirsh, 1982).

Степени риска	Частота осложнений (по данным объективных тестов)		
	Тромбоз вен голени	Тромбоз проксимальных вен*	Смертельная легочная эмболия
Высокая	40—80%	10—30%	1—5%
Умеренная	10—40%	2—10%	0,1—0,7%
Низкая	<10%	<1%	<0,01%

* Илиокавальный и подколенибедренный сегменты.

Фармакологические средства, используемые с целью профилактики ТГВ, представлены низкомолекулярными декстранами (реополиглюкин, реомакродекс), дезагрегантами (в основном аспирин), обычным нефракционированным гепарином (НФГ) и низкомолекулярными гепаринами (НМГ), а также непрямыми антикоагулянтами.

Определенное значение имеет метод анестезиологического пособия. Имея в виду послеоперационные тромбозмболические осложнения, предпочтительнее использование регионарной (спинальной или эпидуральной) интраоперационной анестезии. Так, у пациентов с остеосинтезом бедра ее применение в четыре раза снижает опасность развития ТГВ по сравнению с интубационным эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

Эффективность указанных способов профилактики различна. Поэтому в клинических условиях должны быть рекомендованы такие мероприятия, действенность и безопасность которых доказаны. С другой стороны, способы профилактики следует выбирать, соотносясь со степенью риска послеоперационных венозных тромбозмболических осложнений (табл. 5). Кроме того, использование различных мер должно быть экономически оправдано.

Больным с **низким риском** следует назначать малозатратные профилактические меры. Сокращение длительности постельного режима после различных хирургических вмешательств — один из действенных способов предотвращения венозного застоя. С этих позиций анестезиологическое обеспечение операций и характер самого вмешательства должны предусматривать возможность активизации пациента уже спустя несколько часов после его завершения. Необходимо шире использовать возможности амбулаторного выполнения многих операций в условиях хирургического стационара «одного дня». У этой категории пациентов может быть целесообразно применение эластической компрессии нижних конечностей.

Табл. 5. Способы профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

Степени риска	Способы профилактики
Низкая	● Ранняя активизация больных ● Эластическая компрессия нижних конечностей*
Умеренная	● НМГ (клексан 20 мг) x 1 раз в день п/к или ● НФГ 5000 ед. x 2—3 раза в день п/к или ● длительная прерывистая пневмокомпрессия ног
Высокая	● НМГ (клексан 40 мг) x 1 раз в день п/к или ● НФГ 5000—7500 ед. x 3—4 раза в день п/к + Методы ускорения венозного кровотока
Особые случаи	● Лечебные дозы НМГ или НФГ + Парциальная окклюзия нижней полой вены (имплантация фильтра, пликация)

* Указанные мероприятия следует проводить у всех без исключения пациентов.

У всех больных с **умеренным риском** необходимо профилактическое применение прямых антикоагулянтов. Традиционным является подкожное введение низких доз (5000 ед. x 2—3 раза в день) обычного нефракционированного гепарина (НФГ). Между тем НФГ обладает рядом существенных недостатков: низкая биодоступность (не превышает 29% при подкожном введении), малопредсказуемый антикоагулянтный эффект, гепарининдуцированная тромбоцитопения. Кроме того, для достижения оптимального действия гепарина необходима внутривенная инфузия препарата с подбором доз под контролем АЧТВ, что значительно усложняет лечение и увеличивает его стоимость, снижает качество жизни пациента.

В настоящее время в международной клинической практике предпочтение отдается низкомолекулярным гепаринам (НМГ), так как многочисленные исследования показали, что они оказывают хороший профилактический эффект, применять их удобнее, а число геморрагических осложнений ниже. При умеренном риске широко используют малые дозы НМГ: 20 мг (0,2 мл) клексана (эноксапарин натрия) либо 0,3 мл фраксипарина (надропарин кальция), назначаемых 1 раз в сутки под кожу живота. (В случаях повышенной массы тела дозы НМГ должны быть увеличены: клексана — до 40 мг в сутки, фраксипарина — до 0,4—0,6 мл). Альтернативной рекомендацией у больных умеренного риска может быть перемежающаяся пневматическая компрессия, которая должна начинаться на операционном столе и продолжаться постоянно до исчезновения необходимости постельного режима.

Доказательства того, что добавление к фармакологической профилактике эластической компрессии еще больше уменьшает частоту венозного тромбоза у больных в этой группе риска, пока недостаточно. Между тем клиническое впечатление таково, что эта комбинация целесообразна, особенно у пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей.

Всем больным с **высоким риском** в обязательном порядке должна проводиться профилактика. Дозировку антикоагулянтов следует увеличить: НФГ — 5000—7500 ед. x 3—4 раза в сутки либо дозы, подобранные под контролем АЧТВ (хотя это существенно увеличивает частоту геморрагических осложнений), клексан — по 40 мг (0,4 мл) в сутки, фраксипарин — 0,4 мл первые 3 дня, затем по 0,6 мл в сутки (при массе тела пациента более 70 кг) под кожу живота.

Профилактическое назначение антикоагулянтов у данной категории больных *следует сочетать* с механическими мерами ускорения венозного кровотока в нижних конечностях (например, перемежающейся пневмокомпрессией).

Профилактику следует начинать до операции во всех группах, так как примерно в половине случаев ТГВ начинает формироваться уже на операционном столе. Первая доза НФГ должна быть введена за 2 часа до начала хирургического вмешательства. Начало введения НМГ может быть таким же либо за 12 часов до операции, что предпочтительнее при ортопедических операциях. В ургентной хирургии, а также в случаях опасности значительного интраоперационного кровотечения гепаринопрофилактика может быть начата после завершения хирургического вмешательства, но не позже чем через 12 часов. Во время операции в таких случаях целесообразно использование низкомолекулярных декстранов и средств ускорения венозного кровотока.

Сочетание спинальной или эпидуральной анестезии с профилактическим назначением НМГ является, видимо, одним из наиболее эффективных способов предотвращения послеоперационных тромбоэмболических осложнений. Вместе с тем оно несет в себе определенную опасность развития спинальной гематомы. Вот почему в таких случаях необходимо соблюдать определенные правила: 1) следует отложить применение антикоагулянтов при травматичной спинальной/эпидуральной пункции; 2) необходимо удалить, если возможно, спинальный катетер перед началом введения антикоагулянтов; 3) спинальная пункция возможна только через 10—12 часов после начальной профилактической дозы НМГ; 4) если катетер остается на месте, его удаляют через 10—12 часов после последней дозы НМГ и за 2 часа до следующей;

5) следует соблюдать осторожность при применении нестероидных противовоспалительных средств на фоне использования НМГ и регионарной анестезии (рекомендации FDA США).

Профилактически антикоагулянты после операции должны назначаться в течение не менее 7–10 дней, их введение необходимо вплоть до полной мобилизации пациента. В ряде случаев (после остеосинтеза и ортопедических вмешательств) следует обсудить вопрос о продлении профилактики, когда госпитализация удлиняется или сохраняется риск развития тромбоэмболических осложнений после выписки пациента из стационара. Профилактическое введение НФГ и НМГ отменяют без назначения не прямых антикоагулянтов.

Необходимость длительной (в течение нескольких месяцев) фармакологической профилактики может потребовать использования не прямых антикоагулянтов (варфарин, синкумар или фенилин). Их применение в ближайшем послеоперационном периоде неоправданно из-за недостаточной эффективности фиксированных малых доз и высокой частоты геморрагических осложнений при лечебной дозировке (международное нормализованное отношение — МНО* — 2,0–2,5). В то же время подобный режим антикоагулянтной профилактики вполне осуществим в отдаленном послеоперационном периоде. Вопросы оптимальной продолжительности профилактического назначения антикоагулянтов при различных операциях (особенно после протезирования суставов, остеосинтеза и проведения послеоперационной химиотерапии при онкологических заболеваниях) требуют дальнейшего изучения, хотя зарубежными исследователями уже доказана клиническая эффективность продолжительного применения (до 30–35 дней) эноксапарина при артропластике тазобедренного сустава. Использование малых доз аспирина в качестве дезагреганта является эффективной мерой предотвращения артериального ретромбоза. В отношении ТГВ профилактический эффект его также зарегистрирован, однако он существенно уступает таковому при использовании антикоагулянтов и даже эластической компрессии.

В настоящее время проводятся исследования новых классов антикоагулянтов: пентасакарида (который непосредственно связывается с АТIII), синтетических аналогов гирудина и других прямых ингибиторов тромбина (в том числе и препаратов энтерального приема). Их профилактическая эффективность и безопасность пока недостаточно изучены.

Больные с высоким риском кровотечений, как вследствие нарушений свертывания крови, так и из-за специфических хирургических процедур, должны получать механические методы профилактики.

Женщины, у которых во время беременности развилась тромбоэмболия, должны лечиться терапевтическими дозами гепарина (применение НМГ представляется предпочтительным). Гепаринотерапия должна продолжаться в течение всей беременности, независимо от того, находится пациентка в стационаре или дома. Антикоагулянтную терапию обычно продолжают, по крайней мере на 4–6 недель после родов, хотя оптимальная длительность этого лечения еще не установлена.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ

При разработке стратегии профилактики ТГВ и ТЭЛА важно учитывать экономические аспекты. При выборе различных способов профилактики должны обсуждаться их экономические преимущества.

У больных умеренного и высокого риска стоимость диагностического скрининга ТГВ с использованием специальных инструментальных методов (тест с меченым фибриногеном, компрессионное дуплексное сканирование или флебография) и последующего лечения уже развившихся тромбоэмболических осложнений настолько высока, что рекомендуемые в данном документе методы первичной профилактики являются экономически оправданными с позиций минимизации расходов на лечение.

Экономическая эффективность рекомендуемых в настоящее время профилактических методов у больных низкого риска пока не доказана. Для получения доказательств необходимо накопление базы данных.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТЭЛА (ОСОБЫЕ СЛУЧАИ)

ТГВ, развившийся в послеоперационном периоде в отсутствие профилактики либо, несмотря на ее проведение, угрожает жизни пациентов массивной ТЭЛА. Эта опасность реальна при тромботическом поражении подколенибедренного и в еще большей степени илиокавального сегмента, который носит флотирующий характер (так называемый эмбоопасный тромбоз). С другой стороны, протяженное поражение венозных магистралей в значительном проценте случаев чревато формированием тяжелой посттромбофлебитической болезни. Аналогичная ситуация складывается при необходимости проведения общехирургического вмешательства на фоне острого ТГВ.

Поэтому при возникновении клинических признаков ТГВ следует применить объективные диагностические методы: ультразвуковое ангиосканирование и/или флебографию. Подтверждение диагноза ТГВ диктует необходимость принятия эффективных мер для: 1) прекращения прогрессирования тромбоза и его нарастания в проксимальном направлении, а также 2) устранения угрозы ТЭЛА.

* МНО — международное нормализованное отношение = (протромбиновое время больного / протромбиновое время нормальной плазмы)***. (МИЧ — международный индекс чувствительности). Величина МНО прямо пропорциональна степени антикоагуляции. (Е. П. Панченко, А. Б. Добровольский, 1999.)

Первая задача решается путем назначения лечебных доз **антикоагулянтов**. Их использование начинают с болюсного внутривенного введения НФГ (5000 ед.) с последующим титрованием дозы по данным лабораторных анализов (АЧТВ). Важно, чтобы терапевтический уровень достигался в пределах первых 24 часов. АЧТВ должно быть увеличено по крайней мере в 1,5–2,5 раза от нормы. Оптимально использование подкожного введения НМГ в подобранной по массе тела пациента дозе. Лечение непрямыми антикоагулянтами целесообразно начинать на 5–7-й день гепаринотерапии. В обычных условиях лечение гепарином должно быть прекращено, когда МНО больного находится в пределах терапевтических границ (т. е. от 2 до 3), по крайней мере два дня. Лечение оральными антикоагулянтами должно продолжаться не менее трех месяцев с контролем МНО каждые 10–14 дней у больных с первым эпизодом венозного тромбоза и отсутствием сохраняющихся факторов риска. Больных с повторным эпизодом венозного тромбоза надо лечить гепарином в том же терапевтическом режиме, как и больных с первым эпизодом ТГВ. Однако оптимальная продолжительность лечения оральными антикоагулянтами должна быть не менее 6 месяцев.

Подобранные дозы НМГ следует использовать в качестве вторичной профилактики при особых клинических состояниях, таких как беременность, когда лечение оральными антикоагулянтами противопоказано.

Проведение **тромболитической терапии** ТГВ практически невозможно из-за крайне высокой опасности геморрагических осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. Подобный риск может быть оправдан лишь в случаях угрожающей жизни больного массивной ТЭЛА.

В специализированных ангиохирургических отделениях может быть выполнена **тромбэктомия** в случаях сегментарного тромбоза бедренных, подвздошных и нижней полых вен. Радикальный характер вмешательства на магистральных венах может устранить опасность массивной ТЭЛА и улучшить отдаленный прогноз венозного тромбоза. Вместе с тем тяжесть состояния больных, обусловленная характером и объемом первичного хирургического вмешательства и сопутствующими заболеваниями, позволяет прибегать к этой процедуре в весьма ограниченном числе случаев.

Вот почему возникновение флотирующих тромбов в бедренных, подвздошных или нижней полых венах заставляет помимо антикоагулянтной терапии по приведенной выше схеме прибегать к **парциальной окклюзии** нижней полых вен. Методом выбора у послеоперационного контингента больных является имплантация кава-фильтра. При невозможности проведения этого вмешательства у пациентов, которым предстоит операция на брюшной полости, она может быть начата с пликация нижней полых вен механическим швом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Экспертный совет считает проблему послеоперационных венозных тромбозомболических осложнений одной из важнейших в современной клинической медицине наряду с онкологическими заболеваниями, СПИДом и атеросклерозом. Имеется настоятельная необходимость широкого внедрения в клиническую практику эффективных мер их профилактики, описанных в данном документе. Это позволит уменьшить послеоперационную летальность, снизить частоту тяжелых форм хронической венозной недостаточности и получить ощутимый экономический эффект. Профилактика венозного тромбоза должна быть включена в стандарты лечения всех без исключения больных хирургического профиля.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН

ЦВЕТНАЯ ДУПЛЕКСНАЯ СОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

П. Э. Айриян, Р. К. Джорджикия, Р. Ф. Бахтиозин
г. Казань

Цель. Анализ опыта применения цветной дуплексной сонографии (ЦДС) в диагностике и лечении тромбозов вен нижних конечностей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ЦДС 200 пациентов (81 мужчина, 119 женщин) в возрасте от 18 до 85 лет с предполагаемой патологией вен нижних конечностей. Из этой группы были выделены пациенты с: 1) острым тромбозом глубоких вен (ОТГВ), 2) острым тромбозом поверхностных вен (ОТПВ), 3) посттромботической болезнью (ПТБ) в стадии реканализации. Контрольную группу составили 65 пациентов без венозной патологии. ЦДС проводилась на аппарате «ACUSON 128XP/10».

Результаты. ОТГВ был выявлен в 57 наблюдениях (34 подвздошно-бедренных, 23 бедренно-подколенных сегментов). В В-режиме ОТГВ характеризовался умеренным увеличением диаметра пораженной вены, ригидностью вены при компрессии, неоднородностью и повышением эхогенности просвета. А в цветном (ЦД) и энергетическом (ЭД) режимах — отсутствием кровотока. Во всех случаях удавалось опреде-

лить проксимальный уровень тромба. ОТПВ в бассейне большой подкожной вены (БПВ) был выявлен в 38 наблюдениях. ОТПВ характеризовался той же эхографической картиной, что и ОТПВ. В случаях восходящего тромбоза ствола БПВ четко выявлялся проксимальный уровень тромба. В 36 наблюдениях была выявлена ПТВ в стадии реканализации. Эхографическая картина в В-режиме при этом сопровождалась увеличением толщины стенок пораженного сегмента, неровностью внутреннего контура, неоднородной структурой просвета реканализированной вены, иногда наличием флелоидов в виде гиперэхогенных пристеночных структур, а при ЦД и ЭД — частичным заполнением просвета. При доплеровском исследовании кривая была монофазной, слабо реагирующей на дыхательные движения, имела место асимметрия показателей Vps (пиковой систолической скорости) в сторону ускорения в пораженной вене. Пациенты с ОТПВ получали традиционное консервативное лечение — венотоники, фибринолитики, антикоагулянты и дезагреганты. В трех наблюдениях отмечалось полное восстановление проходимости подвздошно-бедренного сегмента, частичная реканализация отмечалась у 39 пациентов, отсутствие проходимости — у 15 больных. У 12 больных с восходящим ОТПВ была выполнена операция Троянова-Тренделенбурга.

Выводы. ЦДС является эффективным неинвазивным методом диагностики, позволяющим: а) выявить предпосылки для развития тромбоза, б) установить локализацию и протяженность поражения, в) дать информацию о стадии заболевания, а также г) наблюдать за динамикой в процессе консервативного или оперативного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г. Р. Аскерханов, С. Г. Адильханов, Г. М. Махатиллов, З. Г. Лугув
г. Махачкала

Нами разработан оригинальный метод хирургического лечения острых тромбозов магистральных вен нижних конечностей.

Хирургическому лечению подвергнуто 44 больных с острым илюфemorальным венозным тромбозом. Больные были разделены на 2 группы наблюдений: 1-я группа — 23 пациента, которым была произведена венозная тромбэктомия из бедренного доступа с использованием баллонного катетера «Север»; 2-я группа — 21 больной, подвергнутый операции из внебрюшинного параректального доступа по предложенному способу.

Для профилактики ретромбозов в 1-й группе наблюдений больным в составе комплексной терапии назначалось дробное введение дезагрегантов и антикоагулянтов. Во второй группе наблюдений больным в течение 4 суток послеоперационного периода проводилась непрерывная регионарная инфузия реополиглюкин-гепариновой смеси с добавлением в нее, начиная со 2-х суток, целаза или стрептазы.

Из анализируемых групп больных восстановление магистрального кровотока при использовании бедренного доступа при относительной однородности контингента пациентов было достигнуто 65,2%, при применении параректального внебрюшинного — в 81%.

В первой группе наблюдений хороший результат отмечен у 13 (56,5%), удовлетворительный — у 8 (34,8%) и неудовлетворительный — у 2 (8,7%) больных. Осложнения отмечены в 5 (21,7%) случаях. Умер 1 больной от тромбоэмболии ветвей легочной артерии.

Во второй группе наблюдений хороший результат лечения получен в 16 (76,2%) случаях, удовлетворительный — в 4 (19,0%) и неудовлетворительный — в 1 (4,8%). Осложнения наблюдались у 3 (14,4%) больных. Летальных исходов не наблюдалось.

Предложенный метод хирургического лечения и профилактики ретромбозов позволяет в значительной мере повысить эффективность тромбэктомии, избежать субоперационных тромбоэмболических осложнений, радикально удалить тромботические массы из подвздошной вены, сохранить целостность клапанного аппарата при использовании тромбэкстракторов, уменьшить частоту ретромбозов.

СТАДИИ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА

В. Я. Васютков
г. Тверь

Нами проведены клиничко-морфологические параллели у 81 больного с острым тромбозом и посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей. Материалом для гистоморфологических исследований служили сегменты вен и их стенок, иссеченные во время различных оперативных вмешательств на глубоких венах (тромбэктомия, резекция бедренной вены, операция Пальма, флеболит, флебэктомия). Кроме того, мы изучили взаимосвязь тромба и стенки вены у 18 пациентов, умерших от тромбоэмболии легочной артерии.

Гистоморфологические и гистохимические исследования показали, что вне зависимости от начального характера тромбоза признаки организации тромба и изменения стенки вены проявляются с первых дней заболевания. Уже на 2—3 сутки с момента появления первых симптомов болезни на срезах была обнаружена пролиферация эндотелия, фибробластических клеток и камбиальных элементов интимы в ткань тромба. На 8—14-е сутки отмечалось врастание неоформленной соединительной ткани в толщу тромба. Спустя 1—4 месяца после острого тромбоза наблюдалось избыточное разрастание соединительной ткани и воспалительные инфильтраты во всех слоях сосудистой стенки. Гистохимические исследования показали, что полностью воспалительный процесс в стенке вены при тромбофлебите ликвидируется лишь к 6—8-му месяцу от начала заболевания. Наряду с этим одновременно происходит перекалибровка сосуда и деструкция клапанного аппарата глубоких вен. В сроки от 1 года до 10 лет и более от начала заболевания у больных с выраженной картиной посттромбофлебитического синдрома в магистральных венах выявлен фибросклероз всех слоев сосудистой стенки с атрофией и некролизом ее функционально активных элементов (мышечных и эластических волокон), мощным развитием фиброзной соединительной ткани и зонами кальциноза в ней.

Проведенные гистоморфологические исследования позволили выработать показания к хирургическому и консервативному лечению острых тромбозов глубоких вен и их последствий. На основании наших наблюдений мы пришли к выводу, что оптимальными сроками для тромбэктомии являются первые 2—5 дней с момента появления признаков тромбоза. Оперативное вмешательство на тромбированном сосуде после 5 дней нерационально, так как не всегда дает эффект вследствие интимной связи тромба со стенкой сосуда. При упущенных сроках хирургического лечения больные подлежат консервативной терапии до 2—3 месяцев в стационаре, основной смысл которой должен быть направлен на развитие коллатерального кровотока и реканализацию тромба. В связи с тем, что спустя 6—8 месяцев после перенесенного тромбофлебита отсутствует воспалительный процесс в сосуде, применение антибактериальных препаратов и антикоагулянтов не показано. Между тем совершенно необоснованно такая терапия применяется рядом врачей.

Довольно сложным является вопрос о выборе хирургического метода лечения больных с посттромбофлебитическим синдромом. Оперативные вмешательства в этом периоде развития тромбоза должны быть прежде всего направлены на нормализацию венозного кровотока в нижних конечностях. Обследование и лечение этого контингента больных должно проводиться в специализированных сосудистых отделениях. Это обусловлено тем, что они нуждаются в реконструктивных и восстановительных вмешательствах на глубоких и поверхностных венах.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И ЛОКАЛИЗАЦИИ

В. Я. Васютков
г. Тверь

Нашими морфологическими исследованиями установлено: вена, пораженная тромбозом (или тромбофлебитом), практически никогда не становится здоровой. Это прежде всего связано с отставанием клинических проявлений заболевания (на 3—7 дней и более) от истинных сроков возникновения тромбов в глубоких венах. В связи с этим большинство больных с этой патологией поступают в клинику с большим опозданием после безуспешной консервативной терапии, проводимой в поликлиниках или домашних условиях. Кроме того, с отсутствием и дороговизной современных тромболитических препаратов лечение тромбозов обычно начинают при уже наступивших выраженных деструктивных (а порой необратимых) изменениях интимы и клапанного аппарата вены. Поэтому вновь приходится возвращаться к более широкому применению методов хирургического лечения магистральных венозных сосудов.

За последние 30 лет нами оперировано 137 больных по поводу острого тромбофлебита поверхностных вен, в том числе у 16 из них был гнойный тромбофлебит и у 19 — восходящий прогрессирующий тромбоз подвздошных вен. Следует отметить, что местные признаки тромбофлебита, особенно у полных больных, на бедре не всегда соответствуют истинной локализации и протяженности тромба в проксимальном направлении. В связи с этим хирургическое вмешательство начинали с ревизии места впадения большой подкожной вены в бедренную, перевязки ее по Тренделенбургу с последующей лампасной флебэктомией вместе с кожей и подкожной клетчаткой по Маделунгу или с помощью специальных венэкстракторов. При необходимости производили перевязку коммуникантных вен на отделе и голени. Летальных исходов не было. Опыт показал, что активная хирургическая тактика у этой группы больных позволяет ускорить сроки лечения почти в три раза по сравнению с консервативной терапией.

У 21 больного с острым подвздошно-бедренным и у 9 — с илюокавальным тромбозом в сроки до 4 дней от начала заболевания была выполнена идеальная тромбэктомия. В этот период удается полностью освободить на всем протяжении сосуд от тромботических масс и восстановить анатомо-функциональное состояние вены. Погибла одна больная на операционном столе от тромбозомболии почечной артерии.

И, наконец, у 18 больных с обширными злокачественными опухолями почки и забрюшинного пространства было выполнено удаление опухолевого тромба из нижней полой вены в сочетании с органом, пораженным злокачественным новообразованием. Погибли от тромбоэмболии легочной артерии 2 больных вследствие фрагментации и отрыва длинного тромба, достигающего правого предсердия.

Профилактика тромбоза варикозных вен и при хирургических вмешательствах у онкологических больных включает: 1) борьбу с обезвоживанием; 2) раннее вставание после операции; 3) эластическую компрессию нижних конечностей; 4) назначение с профилактической целью антикоагулянтов прямого действия (гепарин, фраксипарин, клексан).

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Э. А. Восканян, Н. Х. Купцов, П. Н. Шарков, А. Н. Казиев, Е. Г. Михеев,
М. М. Джатдоев, В. Х. Эзедков
г. Пятигорск

В настоящем сообщении обобщается опыт лечения 354 больных с острыми тромбозами нижних конечностей. Возраст больных колебался от 20 до 72 лет. Мужчин было 123, женщин — 235. С подвздошно-бедренным венозным тромбозом было 152 больных, острым тромбозом большой подкожной вены бедра — 202. Оперированы 273 человека. Считаем, что триада Вирхова до настоящего времени является главной в этиологии и патогенезе венозного тромбоза. Для диагностики подвздошно-бедренного тромбоза, его локализации, протяженности и эмбологичности применяли контрастную флебографию и ультразвуковой метод. Из 152 больных левостороннее поражение было у 144, правостороннее — у 38. Оперирован 71 больной. Операцию тромбэктомии производили не позже 6–7 дней от начала заболевания и, как правило, выполняли ее в экстренном порядке. Объем операции при подвздошно-бедренном тромбозе зависел от формы нарушения проходимости вен, локализации тромботического процесса, от возникших осложнений, возраста и общего состояния больных. Обязательным условием при операции считаем мобилизацию и пережатие вены выше тромба. После операции умерли 2 больных (2,8%). В одном случае причиной смерти был рак поджелудочной железы, в другом — эмболия легочной артерии.

При обследовании оперированных больных в отдаленные сроки у 40% отмечалось развитие посттромбофлебитического синдрома, который был обусловлен неправильным режимом, отсутствием амбулаторного лечения и диспансерного наблюдения. Считаем, что терапия непрямыми антикоагулянтами должна проводиться как у оперированных, так и неоперированных больных в течение 6 месяцев. Консервативная терапия проведена 81 больному со сроком заболевания более 7 дней, тотальной непроходимостью в магистральных венах голени и противопоказанием к операции в связи с возрастом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. В отдаленном периоде практически у всех больных развился посттромбофлебитический синдром.

Острый тромбоз большой подкожной вены бедра возведен в ранг экстренной сосудистой патологии. Все 202 больных оперированы. Из них у 35 тромбоз распространился на овальную ямку и флотировал в бедренную вену и дальше. Это требовало выполнения тромбэктомии из бедренной и подвздошной вен. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты хорошие.

В заключение следует отметить, что тактика лечения подвздошно-бедренного тромбоза определяется исходя из данных рентгеноконтрастного и ультразвукового исследования конечности, давности и протяженности тромботического процесса, риска развития эмболии легочной артерии, возраста и общего состояния больного. Венозная тромбэктомия показана не более чем у 30–40% больных, поступивших в стационар. Острый тромбоз большой подкожной вены бедра является показанием к производству экстренной операции.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА У БЕРЕМЕННЫХ

В. Э. Гужин, А. А. Фокин, Л. А. Орехова, С. А. Пискунов
г. Челябинск

За период с января 1990 года по декабрь 1999 года нами имплантирован каво-фильтр 36 беременным в возрасте от 17 до 39 лет. Средний срок беременности 32–33 недели. У всех больных зарегистрирован острый илиофemorальный флеботромбоз с переходом на нижнюю полую вену.

Мы проследили судьбу 22 женщин после имплантации каво-фильтра от 36 до 97 месяцев назад. Помимо клинического исследования использовали ультразвуковую диагностику, доплеровское сканирование и ретроградную кавоилеографию.

У 19 (86,4%) больных наблюдались умеренные проявления посттромбофлебитического синдрома одной нижней конечности вплоть до полной компенсации кровообращения. Тромбоз каво-фильтра произошел у трех больных (13,6%), что сопровождалось синдромом нижней полой вены. Одна из них (4,5%) погибла вследствие реци-

дива тромбоэмболии легочной артерии. Других осложнений, связанных с имплантацией кава-фильтра, не выявили.

Шесть женщин (27,2%) повторно благополучно выносили и родили ребенка путем оперативного родоразрешения. Все эти женщины находились под наблюдением ангиохирурга с ранних сроков, соблюдали определенный режим и использовали эластичные компрессионные изделия в течение всей беременности. Специальная медикаментозная терапия не проводилась вплоть до последних недель беременности, когда подключали гепаринотерапию и проводили ее в терапевтических дозах при тщательном контроле активированного времени свертывания, до и после родоразрешения. Повторного тромбоза глубоких вен у этих больных не отмечено.

Мы убедились, что имплантация кава-фильтра — эффективное и достаточно безопасное средство профилактики тромбоэмболии легочной артерии при ТГВ нижних конечностей при позднем сроке беременности. Установленный кава-фильтр не является противопоказанием к повторной беременности и оперативному родоразрешению. Важным условием при этом является эластическая компрессия нижних конечностей и гепаринотерапия в последние недели беременности и после родоразрешения. Необходимы дальнейшие исследования для определения оптимального срока проведения гепаринотерапии.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОВ

И. М. Гольдина, В. В. Кунгурцев, В. Р. Чиж
г. Москва

Исследование проведено на ультразвуковой системе ULTRAMARK 9 HDI в режимах цветного и энергетического доплеровского картирования, спектральной доплерографии линейным датчиком 4-7 МГц для вен нижних конечностей и фазированным датчиком 3,5 МГц для подвздошных вен и нижней полой вены.

Исследование выполнено 128 пациентам, направленным в сосудистую лабораторию из поликлиники и стационара с диагнозом: тромбоз вен нижних конечностей. У 56 пациентов выявлен окклюзирующий тромбоз вен голени или бедра, у 36 пациентов — неокклюзирующий с признаками флотирующего тромба.

Локализация тромбоза различная: у 10 пациентов диагностирован флотирующий тромб в стволе большой подкожной вены, у 8 пациентов — в области сафено-фemorального соустья, у 12 пациентов — в общей бедренной вене, у 6 пациентов — в подвздошно-бедренном сегменте.

Ультразвуковая картина флотирующего тромба зависит от длительности заболевания. Так ультразвуковыми признаками острого флеботромбоза в течение первой недели являются: расширение вены в диаметре, отсутствие реакции вены на компрессию, заполнение просвета вены массами, неоднородными по плотности, преимущественно пониженной плотности. Степень эхогенности тромба коррелирует с длительностью заболевания. В режиме ЦДК хорошо дифференцируется подвижный «хвост» тромба, омываемый со всех сторон потоками крови. При компрессии в месте визуализации «хвоста» тромба, определяющим уровень тромбоза, вена частично сжимается. Нередко визуализация смешанной структуры «хвоста» тромба, когда на уже оформленном, «старом» тромбе высокой плотности имеются наложения «свежих» тромботических масс пониженной плотности, визуализировать которые можно только с применением ЦДК, так как свежие тромботические массы изоэхогенны просвету неизменной вены в сероватом режиме.

Ультразвук позволяет провести дифференциальный диагноз между флеботромбозом и тромбофлебитом. Наличие тромбофлебита дает дополнительные ультразвуковые критерии — утолщение стенки вены, включая адвентици, и снижение эхоплотности паравазального пространства.

Ранняя антикоагулянтная терапия позволяет визуализировать развитие участков реканализации в тромботических массах уже в течение второй и третьей недель тромбоза.

Чувствительность и специфичность ультразвуковой диагностики флотирующих тромбов в структуре всех венозных тромбозов достигает в МЦ банка России 100%, что верифицировано интраоперационными данными.

УЗИ И МР-ФЛЕБОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН

С. А. Дадвани, Е. Г. Артюжина, В. Е. Сеницын, К. Б. Фролов, Е. С. Бельшева, Д. А. Ульянов
г. Москва

Целью работы стало определение роли ультразвукового дуплексного сканирования (ДС) и магнитно-резонансной флебографии (МРФ) для исследования венозной системы нижних конечностей и определения хирургической тактики при острых тромбозах поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

Материал и методы. ДС на аппаратах высокого разрешения («Acuson» Sequoia-512, США) с цветным доплеровским картированием выполнено 82 пациентам в возрасте от 16 до 80 лет (средний возраст — 50,5 года). Показаниями к ДС служили: острые тромбозы поверхностных вен — у 19, тромбозы глубоких вен и ТЭЛА — у 63 пациентов. МРФ произведена 7 пациентам на высокопольных (1,5 Тл) МР-системах. Использована методика 2D TOF с толщиной срезов 4–5 мм и перекрытием на 10–30% с последующей трехмерной реконструкцией МР-флебограмм.

Результаты. У больных с острым тромбозом поверхностных вен в ходе ДС достоверно определяли распространенность тромбов в проксимальном направлении. В частности, у 8 пациентов констатировано несовпадение пальпаторной и сонографической (истинной) границ тромботического поражения, при этом истинная проксимальная граница тромбоза оказывалась на 10–15 см выше. У 4 больных при ДС выявлено распространение тромбов с устья большой подкожной на бедренную вену. При помощи ДС и МРФ у пациентов с острыми венозными тромбозами диагностирована локализация поражения в илюфemorальном сегменте — у 64,3%, бедренно-подколенном — у 14,3%, изолированные тромбозы вен голени — у 7%, в нескольких венозных сегментах — у 14,3% больных. Кроме того, исследования давали возможность изучать структуру тромботических масс, степень их фиксации к венозной стенке, диагностировать флотирующие тромбы, определить источник ТЭЛА, показания к имплантации кава-фильтра у 14 пациентов. Отличительной особенностью ДС и МРФ от традиционной рентгеноконтрастной флебографии была возможность изучать прилежащие органы и ткани и выявлять новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства, приведшие к илюфemorальному тромбозу. Перечисленные аспекты оказывали существенное влияние на тактику и объем хирургических вмешательств. Динамическое наблюдение за больными позволило выявить признаки частичной реканализации тромбов (64% случаев), пути венозного оттока и степень его компенсации. Применение ДС и МРФ дало нам возможность практически отказаться от рентгенофлебографии, тем самым снизив лучевую нагрузку, риск, стоимость и время обследования. Возможность полипроекционного исследования вен существенно повышает информативность современных неинвазивных методов диагностики.

Заключение. ДС необходимо выполнять всем пациентам с подозрением на острый тромбоз в венозной системе нижних конечностей. При локализации тромбоза в илюфemorальном сегменте в план обследования целесообразно включить МРФ для более детальной оценки распространенности и характера тромбоза. Высокая разрешающая способность, безопасность, возможность многократного использования приближают ДС и МРФ к «золотому стандарту» флебологической диагностики.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИЛИОФЕМОРАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ

А. В. Дубровский, С. А. Капранов, Е. С. Ан
г. Москва

За период с 1997 по 1999 годы в клинике факультетской хирургии им. С. И. Спасокукоцкого у 79 пациентов с острыми распространенными илюфemorальными тромбозами применена активная тактика хирургического лечения.

Возраст пациентов колебался от 21 до 76 лет (в среднем 54,2 года). При поступлении состоянии 24 (30,38%) больных расценено как тяжелое, 36 (45,57%) — как средней тяжести и лишь у 19 (24,05%) — как удовлетворительное. В 11 (13,92%) наблюдениях острый илюфemorальный флеботромбоз был осложнен тромбоэмболией легочной артерии. Давность основного заболевания составляла от 2 до 30 дней (в среднем 12,3 суток). У 42 (53,16%) пациентов выявлены различные сопутствующие заболевания.

С целью восстановления венозного кровообращения нижних конечностей и профилактики тромбоэмболии легочной артерии пациентам производили следующие хирургические вмешательства: 1) расширенную тромбэктомию из подвздошных, общей и поверхностной бедренных вен, подколенной вены, устьев глубокой вены бедра, огибающей вены, большой подкожной вены — 7 (7,61%) наблюдений; 2) частично расширенную тромбэктомию из подвздошных и бедренной вен, устьев глубокой вены бедра и большой подкожной вены, без перевязки поверхностной бедренной вены — 24 (26,09%) наблюдения; 3) парциальную тромбэктомию из подвздошных и общей бедренной вены, также без перевязки поверхностной бедренной вены — 21 (22,83%) случаи; 4) частичную тромбэктомию из подвздошных и общей бедренной вены, дополненные перевязкой поверхностной бедренной вены — 27 (29,35%) наблюдений.

Результаты лечения оценивали на основании клинических показателей и данных комплексного инструментального обследования, обязательно включающего динамические ультразвуковые, радиоизотопные и рентгеноконтрастные исследования системы нижней полой вены.

В общей сложности значительного улучшения оттока крови из нижних конечностей удалось добиться у 61 (77,22%) из 79 больных. Лишь в 9 (11,39%) наблюдениях отмечен ретромбоз сосуда с нарастанием верхней границы тромбоза и у 3 (3,79%) пациентов — возникновение или рецидив тромбоэмболии легочной артерии. Летальных исходов не было.

Наблюдение за больными в отдаленном периоде, в сроки от 3 месяцев до 3 лет (в среднем 11,3 месяца), показало, что практически у половины больных (51,89%) признаков венозной недостаточности нижних конечностей не было, у 34 (43,04%) пациентов посттромботическая болезнь носила легкую степень и лишь у 4 (5,06%) — среднюю степень тяжести.

Сравнительный анализ результатов различных хирургических вмешательств при острых распространенных илиофemorальных тромбозах выявил следующее.

Эффективность расширенной тромбэктомии составила 85,71%, лишь у 1 (14,29%) отмечен ретромбоз сосуда, эпизодов ТЭЛА не было, ни у одного пациента не выявлено признаков венозной недостаточности нижних конечностей в отдаленном периоде.

У 45 больных, перенесших частично расширенную или парциальную тромбэктомию без перевязки поверхностной бедренной вены, улучшение венозного оттока из нижних конечностей наблюдалось в 42 (93,33%) наблюдениях. У 5 (11,11%) из них отмечено нарастание верхней границы тромбоза, которое в 1 (2,22%) случае осложнилось тромбоэмболией легочной артерии. В отдаленном периоде у 25 (55,56%) пациентов признаков венозной недостаточности нижних конечностей не было, у 17 (37,78%) она имела легкую степень и лишь у 3 (6,67%) — среднюю степень.

Эффективность частичной тромбэктомии с перевязкой поверхностной бедренной вены у 21 пациента составила 61,9%, в 3 (14,29%) наблюдениях произошло нарастание верхней границы тромбоза, сопровождавшееся ТЭЛА у 2 (9,52%) из них. В отдаленном периоде у 9 (42,86%) пациентов не выявлено признаков венозной недостаточности нижних конечностей, у 17 (80,95%) — отмечена легкая степень посттромботической болезни и у 1 (4,76%) — ее средняя степень.

Таким образом, применение активной хирургической тактики лечения больных с острыми распространенными илиофemorальными флеботромбозами, особенно направленными на полное или частичное восстановление проходимости сосуда, не только обеспечивает эффективную профилактику ТЭЛА, но и позволяет устранить или значительно уменьшить тяжесть венозной недостаточности нижних конечностей в отдаленном периоде.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИЛИОФЕМОРАЛЬНЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ

Б. Н. Жуков, С. М. Мусиенко, В. Е. Костяев, Ю. Л. Кецо, Е. В. Грибанова
г. Самара

Ретроспективный анализ 327 историй болезни пациентов, поступивших во флебологический центр клиники госпитальной хирургии за период 1991—1999 гг. с диагнозом острый илиофemorальный венозный тромбоз, позволил выявить ряд существенных недостатков на догоспитальном этапе. Госпитализация больных осуществлялась в экстренном порядке (18%), из поликлиник (36%) и переводом из других лечебных учреждений города и области (46%).

В первые пять суток после начала заболевания поступили 123 пациента, остальные госпитализированы в более поздние сроки. Основным симптомом заболевания был внезапно появившийся отек нижней конечности, что явилось поводом для установления диагноза.

Отмечены следующие ошибки в диагностике:

- отсутствие элементарного клинического обследования;
- не изучались система гемостаза и состояние иммунного статуса;
- не проводилось ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей;
- не учитывались сопутствующая патология и возраст пациентов;
- крайне редко приглашался на консультацию флеболог;
- недостаточное, а в некоторых случаях неправильное назначение консервативной терапии.

В результате детального обследования поступивших больных были выявлены:

- синдром экстравазального сдавления (24%);
- онкологические заболевания, явившиеся причиной тромбоза (34%);
- болезни крови (18%);
- септические заболевания (24%).

Вывод: больные с подозрением на острый илиофemorальный венозный тромбоз должны обследоваться и проходить лечение в ранние сроки в специализированных сосудистых отделениях.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б. Н. Жуков, Г. В. Яровенко, Ю. Л. Кецо, В. Е. Костяев
г. Самара

На основе изучения макро- и микрогемодинамики, иммунного статуса, свертывающей системы при глубоком венозном тромбозе нижних конечностей в клинике разработаны способы поэтапного лечения данной категории больных. На первом этапе

(7—10 дней) сочетание медикаментозной и антикоагулянтной терапии, на втором (10—14 дней) — методики комбинированного лечения с применением АУФОК и плазмафереза, на третьем (10—14 дней) — курсовое использование низкоинтенсивного лазерного излучения, подведенного через моноволоконный кварцевый световод в кровяное русло. Мощность на конце световода устанавливалась от 2 до 5 мВт, длительность экспозиции 5—15 минут, количество сеансов 5—7 с учетом индивидуальной восприимчивости каждого больного.

Выявленные нарушения иммунного статуса у больных с острым глубоким венозным тромбозом, выражающиеся в повышенном содержании Ig G и M, значительном увеличении циркулирующих иммунных комплексов, позволили обосновать применение АУФОК и плазмафереза. С целью воздействия на свертывающую систему и фибринолитическую активность, обладающего иммуномоделирующим эффектом — эндовазальное лазерное облучение крови.

Критерием оценки использования предложенных методик лечения явились клинические данные: уменьшение болевого синдрома и отека. По данным лабораторных исследований: уменьшение содержания в крови циркулирующих иммунных комплексов, снижение Ig G и M, нормализация показателей свертывающей системы и увеличение фибринолитической активности крови. По данным ультразвукодоплерографии — появление пристеночного фрагментарного кровотока в пораженном участке венозного сегмента, разрыхление тромботических масс в просвете вены. По данным компьютерной термографии — снижение инфракрасного излучения на бедре, особенно в проекции сосудистого пучка на 1,5—2,3°C с уменьшением площади локальной гипертермии.

МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ГЕМОКОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЛУБОКОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

Б. Н. Жуков, Ю. Л. Кецоко, В. Е. Костяев, С. М. Мусиенко
г. Самара

В флебологическом центре за период 1997—1999 годов проходили лечение и обследование 54 пациента с острым глубоким венозным тромбозом нижних конечностей. Средний возраст больных — 43 года, из них женщин — 37. У 36 пациентов методом УСДГ было диагностировано поражение проксимального сегмента (илиофemorальный), у 18 пациентов — поражение дистального сегмента.

С целью оптимизации выбора консервативной терапии в процессе лечения проведено инструментальное и лабораторное обследование данных групп пациентов. Критерием эффективности проводимой терапии мы считали клинически: купирование болевого синдрома, уменьшение отека. При лабораторном обследовании — нормализацию содержания белков острой фазы, показателей коагулограммы, коэффициента CD4/CD8. При инструментальном исследовании — реканализацию и локацию магистрального кровотока (УСГД) после курсового лечения.

В комплекс консервативной терапии, включающий использование гемокорректоров реологического действия, вазопротекторов, нестероидных противовоспалительных препаратов, вводились методы экстракорпоральной гемокоррекции — плазмаферез и ультрафиолетовое облучение аутокрови.

В процессе лечения пациентов с проксимальным венозным тромбозом выявлена значительная аутоенсибилизация организма со значительным увеличением уровня патологических иммунных комплексов.

Нами было отмечено, что наибольший клинический эффект у пациентов с проксимальным венозным тромбозом был получен при консервативной терапии с сочетанным использованием плазмафереза и ультрафиолетового облучения крови. Во второй группе пациентов — при включении в комплекс консервативной терапии ультрафиолетового облучения аутокрови.

Основными механизмами лечебного действия используемых методов экстракорпоральной гемокоррекции являются: ускорение венозного оттока по системе коллатералей, неспецифическое противовоспалительное действие, коррекция звеньев Т-клеточного иммунитета, иммуносупрессорное действие на гуморальный иммунитет, дезагрегационный эффект, нормализация фибринолитической активности крови.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА КОНЕЧНОСТЕЙ

З. М. Захариев, Г. М. Махатиллов, М.-Р. З. Захариев
г. Магачкала

Анализированы 368 больных с острыми тромбофлебитами и тромбозами вен конечностей. Поражение подкожных вен имело место у 280 (76,1%), глубоких вен голени и бедра — у 88 (23,9%). Мужчин — 160 (43,5%), женщин — 208 (56,5%).

Группа больных (98 человек) получила лечение традиционным методом: антикоагулянтно-фибринолитическая терапия в сочетании с общеукрепляющими препаратами. Хороший результат отмечен у 43 (43,9%), удовлетворительный — у 39 (39,8%) и неудовлетворительный — у 16 (16,3%).

Вторая группа (140 человек) получила лечение паравазальными инстиляциями тромболитической смеси проф. Р. П. Аскерханова, что готовится перед употреблением из состава: гепарин 5000 ед., гидрокортизон 25 мг, химотрипсин 10 мг, ампициллин 0,5, растворенных в 0,5%-ном растворе новокаина до 60–80 мл. Инстиляции смеси осуществлялись одно-, двух- и трехкратно с интервалами 1–2 дня. Из 95 больных тромбофлебитами и тромбозами подкожных вен хорошие результаты получены у 77 (81,1%), удовлетворительные — у 18 (18,9%). В связи с доступностью и простотой технического выполнения, а также безопасностью данной процедуры 50 (52,6%) больных из 95 лечение проводилось амбулаторно. Больным с тромбофлебитами и тромбозами глубоких вен голени и бедра (45 человек) паравазальные инстиляции тромболитической смеси осуществлялись посредством катетера, устанавливаемого по ходу пораженной вены. В данной подгруппе хорошие результаты получены у 31, удовлетворительные — у 14 человек.

Больные третьей группы (130 человек) получили комбинированное лечение. У 105 больных имело место варикозное расширение подкожных вен, осложненное тромбофлебитом, и им в целях предоперационной подготовки, купирования воспалительного процесса, улучшения трофики и местной микроциркуляции лечение начиналось с паравазальных инстилляций тромболитической смесью с последующим оперативным лечением — флебтромбэктомией.

15 больных с восходящим прогрессирующим тромбофлебитом большой подкожной вены по срочным показаниям выполнена операция Троянова-Тренделенбурга. Полученные результаты обращают внимание на тот факт, что после паравазальных инстилляций тромболитической смесью до- и послеоперационное пребывание больных в стационаре сокращается в среднем на 4–5 суток. 10 больным после тромбэктомии в целях профилактики ретромбозов по ходу вены устанавливается катетер для инстилляций тромболитической смеси, что осуществляется 2 раза в сутки в течение первых 3–4 дней, с последующим удалением катетера и продолжением антикоагулянтной терапии. При таком лечении хороший результат получен у 6, удовлетворительный — у 2 и у 2 больных отмечен ретромбоз.

Таким образом, выбор метода лечения острого венозного тромбоза должен быть индивидуальным. Паравазальные инстиляции тромболитической смеси являются патогенетически обоснованными, доступными для практических врачей и легко выполняемыми процедурами, успешно могут быть применены при лечении подкожного тромбофлебита в амбулаторных условиях. Они улучшают трофику и микроциркуляцию местных тканей, оказывают десенсибилизирующую, противовоспалительную функцию, укорачивают сроки пребывания больных в стационаре и снижают количество ретромбозов.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИОФЕМОРАЛЬНОГО ТРОМБОЗА

З. М. Закариев, М. М. Махатиллов, Р. М. Газиев, М.-Р. З. Закариев
г. Махачкала

Нами анализированы истории болезни 196 больных, лечившихся с илиофemorальными тромбозами. Мужчин — 67 (34,6%), женщин — 129 (65,4%).

Из 196 больных у 50 (24,8%) отмечено развитие тех или иных осложнений: тромбозомия легочной артерии — 6 (12,0%), восходящий тромбоз нижней полой вены — 4 (8,0%), пилефлебит — 2 (4,0%), венозная гангрена — 6 (12,0%), ретромбоз — 20 (40%) и затяжная инфарктная пневмония — 12 (24,0%).

Одним из грозных осложнений илиофemorального тромбоза является тромбозомия легочной артерии, что имело место у 6 больных. Клинически она проявилась выраженной дыхательной недостаточностью, сильными болями в груди, коллаптоидным состоянием. Проведенная интенсивная терапия, внутривенные вливания фибринолизина (20000 ед.) + гепариновой (10000 ед.) смеси и общеукрепляющее лечение положительного эффекта не дали, состояние больных не позволяло выполнить тромбэктомию, и во всех случаях наступала смерть.

Восходящий тромбоз нижней полой вены развивался у 4 больных и клинически проявлялся появлением асцита в течение первых суток, отека мягких тканей, доходившего до пупка и выше, болями в пояснице, в области печени, сухостью и горечью во рту. Во всех случаях отмечен летальный исход, диагноз тромбоза нижней полой вены с вовлечением в процесс почечных и портальных вен верифицировался на аутопсии.

У 2 больных илиофemorальный тромбоз осложнился тромбозом воротной вены — пилефлебитом. Состояние их было тяжелым, отмечались боли в правом подреберье, иктеричность склер, увеличенная и болезненная печень, асцит, спленомегалия, ознобы. Консервативная терапия неэффективна, смерть наступала, как правило, от нарастания печеночной недостаточности.

Венозная гангрена отмечена у 6 больных. Все больные подвергнуты оперативному лечению, 4 больным выполнена ампутация на уровне нижней трети бедра, 2 — в средней трети. После ампутации умерла одна больная в возрасте 70 лет, у которой имели место сопутствующие заболевания сердца, легких и диабет.

Из 56 больных, получивших оперативное лечение в поздние сроки — тромбэктомию, у 20 наступил ретромбоз. Результаты тромбэктомии далеко неудовлетвори-

тельные. В связи с чем в последние годы тромбэктомия нами сочетается установлением микроиригатора (катетера) по ходу оперированного сосуда для инстиляции в послеоперационном периоде тромболитической смеси проф. Р. П. Аскерханова, в результате значительное уменьшение количества ретромбозов.

У 12 больных отмечена затяжная инфарктная пневмония, что явилось причиной эмболии ветвей легочной артерии. Проведенная противовоспалительная и антикоагулянтно-фибринолитическая терапия дала положительный эффект. Исход заболевания благоприятный.

Таким образом, больные с илиофemorальными тромбозами и тромбoфлебитами относятся к категории тяжелых больных с частыми грозными осложнениями, с высокой летальностью. В целях профилактики этих осложнений у больных с группой риска тромбообразования необходимо тщательное изучение коагулограмм, а в послеоперационном периоде активное введение больных в постели, назначение лечебной гимнастики для ног и рук, легких и антикоагулянтной терапии.

О ЧАСТОТЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

В. В. Замятин, С. Г. Крыгин
г. Самара

Литературные данные о частоте тромбoэмболии ствола и ветвей легочной артерии (ТЭЛА) разноречивы. Однако для эффективной профилактики этого опасного осложнения клиницистам необходимы достоверные сведения.

С этой целью нами проанализированы все случаи летальных исходов в хирургических и терапевтических отделениях Самарской областной клинической больницы от ТЭЛА и их причины за 1996—1999 годы. Больница располагает 1405 койками. Хирургический блок включает отделения общей и эндоскопической, сосудистой и торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, урологии и литотрипсии, нейрохирургии, ЛОР, офтальмологии и челюстно-лицевой хирургии. В структуру терапевтического блока входят отделения гематологии, гастроэнтерологии, ревматологии, эндокринологии, пульмонологии, неврологии, нефрологии и гемодиализа, токсикологии и реанимации. Ежегодно выполняется более 12000 операций с послеоперационной летальностью — 1,8%.

За 4 года произведено 876 патологоанатомических исследований, из которых 588 выполнено умершим в хирургических отделениях. При анализе секционного материала установлено, что ТЭЛА явилась причиной смерти 1 терапевтического и 13 хирургических больных в возрасте 35—80 лет. Фоновыми заболеваниями были: желчекаменная болезнь — 1, флeботромбоз подвздошно-бедренной локализации — 2, деформирующий коксартроз — 1, перелом шейки бедра — 1, оскольчатый перелом нижней трети бедра — 1, аденома простаты — 1, рак печени — 1, рак сигмовидной кишки — 1, фибромиома матки — 1, дилатационная миокардиопатия — 1, острая артериальная непроходимость — 2. Двое больных поступили в крайне тяжелом состоянии с подозрением на острый инфаркт миокарда, расслоение аорты и умерли через 2 и 6 часов после госпитализации. Один больной лечился в пульмонологическом отделении с диагнозом нижнедолевая пневмония и умер на 5-е сутки. 8 больных были оперированы и умерли в 1—4 сутки после операции. Им выполнены следующие операции: надвлагалищная ампутация матки с придатками — 1, эндopротезирование тазобедренного сустава — 2, дренирование плевральной полости — 2, лапароскопическая холецистэктомия, холедохостомия — 1, резекция сигмовидной кишки, колостомия — 1, аденомэктомия — 1, лапароскопия с биопсией печени — 1. По данным историй болезней, все операции выполнены стандартно, без значительных осложнений, всем больным проводилась антикоагулянтная терапия гепарином, вводились дезагреганты до и после операции. Из неоперированных больных только у 2 прижизненно диагностирован флeботромбоз подвздошно-бедренной локализации. В посмертном эпикризе у большинства больных как причина смерти предполагался острый инфаркт миокарда или острая сердечно-сосудистая недостаточность. На секции у всех больных выявлен источник ТЭЛА: флeботромбоз нижней полой вены — 2, подвздошно-бедренный — 6, бедренно-подколенной локализации — 5, ушко правого предсердия — 1.

Таким образом, среди всех летальных исходов анализируемого материала случаи ТЭЛА составили 2,4%. Это согласуется с данными В. С. Савельева и соавт., что по уточненным секционным результатам ТЭЛА является причиной смерти в 3—5% случаев.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРЫХ ТРОМБОЗАХ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

О. А. Ивченко, И. О. Савельев, С. В. Демидов, А. О. Ивченко
г. Томск

За период с 1990 по 2000 гг. в отделении хирургии сосудов ОКБ г. Томска пролечено 2180 больных с патологией вен. Из них 186 пациентов страдали острым тром-

бофлебитом поверхностных и глубоких вен в системе нижней полой вены. Поверхностный тромбофлебит имели 99 пациентов, глубокий флеботромбоз — 87. Из них женщин — 141, мужчин — 45.

В первые двое суток оперировано 85 (86%) больных с поверхностным тромбофлебитом. Показанием для оперативного лечения служили: флотирующий тромб, восходящий гнойно-септический тромбофлебит, безуспешность консервативной терапии. Комбинированному лечению подверглись 35 (40%) больных с флеботромбозами глубоких вен в системе нижней полой вены в различных сочетаниях: катетерная тромбэктомия — 10 вмешательств, хирургическая тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен — 7 и регионарная тромболитическая терапия выполнена 6 больным.

Положительный эффект катетерной тромбэктомии достигнут у 7 (70%) больных. Хирургическая тромбэктомия имела полный успех у 2 (29%) больных, 5 (71%) пациентам выполнена порционная тромбэктомия, у 2 в дальнейшем наступил ретромбоз. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Подвздошные вены перевязаны 8 пациентам с признаками тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии. В 4 случаях перевязана нижняя полая вена при локализации тромбоза у устья почечных вен. Судьба этих больных прослежена до 3 лет, двое приступили к труду, еще двое — на инвалидности.

В отдаленном периоде с признаками развившейся посттромбофлебитической болезни (ПТФБ) оперировано 17 больных, 12 из них при локализации процесса в подвздошной вене осуществлен перевод кровотока на противоположную сторону по методу операции Пальма. Для профилактики варикозного расширения и тромбирования аутоотрансплантата применен метод экстравазального армирования сетчатым каркасом из никелида титана с памятью формы. В отдаленные сроки пациенты прослежены до 3 лет. У 8 больных исчезли трофические расстройства, снизился отек. У 3 пациентов эффект выражен слабо, у них обнаружена несостоятельность венозных клапанов на здоровой стороне. В одном случае произошел тромбоз аутоотрансплантата.

Таким образом, активная хирургическая тактика острых тромбозов поверхностных вен обеспечивает эффективную профилактику ТЭЛА, прерывает острый воспалительный процесс. Активная хирургическая тактика острых флеботромбозов должна проводиться в специализированных флебологических учреждениях. При развитии ПТФБ подвздошных вен показаны реконструктивные операции с применением экстравазального каркаса с целью профилактики варикозного расширения и тромбирования аутоотрансплантата.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И КОНСЕРВАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ПЕДЖЕТА-ШРЕТТЕРА

С. А. Капраков, М.Ш. Абу-Хала
г. Москва

В клинике факультетской хирургии РГМУ находились на лечении 69 пациентов с болезнью Педжета-Шреттера. 48 (69,57%) из них были применены эндоваскулярные методы дезобструкции (1-я группа) и 21 (30,43%) больному — курс консервативной терапии (2-я группа).

Среди них были 31 (44,93%) женщина и 38 (55,07%) мужчин в возрасте от 16 до 76 (в среднем 42,4) лет. Левосторонняя локализация тромботического поражения отмечена у 34 (49,28%), правосторонняя — у 35 (50,72%) пациентов. Давность заболевания колебалась от суток до 2 месяцев (в среднем 14,7 дня). В зависимости от выраженности клинических симптомов у 14 (20,29%) пациентов выявлена I степень хронической венозной недостаточности (ХВН), а у 55 (79,71%) — II степень ХВН верхних конечностей. Причиной манифестации болезни Педжета-Шреттера у 55 (79,71%) больных явилось физическое усилие в плечевом поясе, у 11 (15,94%) — симптомы заболевания появились после сна, и у 3 (4,35%) пациентов они были обусловлены перенесенной травмой или заболеваниями крови. У 33 (47,83%) больных также была выявлена сопутствующая терапевтическая патология.

В общей сложности положительного клинического результата удалось добиться в 59 (85,51%) из 69 случаев. Сравнительная оценка эффективности лечения болезни Педжета-Шреттера в 1-й и 2-й группе, а также обследование в отдаленном периоде 47 (68,12%) больных показало следующее.

В 1-й группе полного восстановления проходимости сосудов удалось добиться у 28 (58,33%) из 48 больных, частичного — у 16 (33,33%) пациентов. Лишь в 4 (8,33%) наблюдениях эффекта от эндоваскулярных вмешательств не было.

В отдаленные сроки наблюдения 33 пациентов 1-й группы спустя 3 месяца у 14 (42,42%) из них не выявлено признаков венозной недостаточности верхних конечностей, у 16 (48,48%) отмечена ХВН I степени и лишь у 3 (9,09%) пациентов сохранились симптомы ХВН II степени. К 6-му месяцу после лечения отмечался регресс резидуальных симптомов: венозная недостаточность верхних конечностей отсутствовала у 24 (72,73%) больных, признаки ХВН I и II степени выявлены соответственно у 8 (24,24%) и 1 (3,03%) пациента. И, наконец, через 1 год после эндоваскулярных вмешательств число пациентов 1-й группы без ХВН достигло 28 (84,85%) и с I степенью ХВН — 5 (15,15%).

Во 2-й группе больных после курса консервативной терапии полное восстановление проходимости вен верхних конечностей наблюдалось только у 1 (4,76%) из 21 пациента. Благодаря лечению удалось добиться лишь частичного результата в 14 (66,67%) наблюдениях. У 6 (28,57%) больных эффекта от консервативной терапии не отмечалось.

В отдаленном периоде у 14 обследованных больных 2-й группы через 3 месяца признаков ХВН не отмечено лишь в 1 (7,14%) случае, в 7 (50,0%) наблюдениях выявлена I степень ХВН и в 6 (42,86%) — ХВН II степени. Спустя 6 месяцев увеличения числа пациентов без венозной недостаточности не наблюдалось. Количество больных с I степенью ХВН составило 9 (64,29%), со II степенью ХВН — 4 (28,57%). Через 1 год после курса консервативной терапии отмечалась незначительная положительная динамика — увеличение числа больных без признаков венозной недостаточности верхних конечностей до 5 (35,71%) наряду с уменьшением I степени ХВН до 6 (42,86%) пациентов и II степени ХВН — до 3 (21,43%) больных.

Таким образом, сравнительный анализ результатов в ближайшем и отдаленном периоде выявил явные преимущества активной тактики лечения пациентов с болезнью Педжета-Шреттера, что заставляет рекомендовать более широкое использование эндоваскулярных вмешательств при данном заболевании.

НЕТРАДИЦИОННЫЕ СПОСОБЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

С. А. Капранов, А. С. Солонко
г. Москва

С 1996 по 1999 год нетрадиционные способы профилактики ТЭЛА были применены у 13 больных. Среди них было 5 мужчин и 8 женщин в возрасте от 36 до 74 лет (в среднем 52,3 года).

Невозможность использования общепринятых эндоваскулярных способов профилактики ТЭЛА у десяти из них была обусловлена распространением флотирующего тромба на супраренальный отдел нижней полую вену у четырех пациентов, на интраренальный отдел — у двух, абсолютной непереносимостью йодосодержащих препаратов — у трех, сдавлением интраренального отдела НПВ увеличенной маткой при беременности 38 недель — у одной больной. В трех наблюдениях имплантация постоянных моделей кава-фильтров была нежелательной из-за молодого возраста больного и локализации эмболоопасного тромба в наружной подвздошной вене.

Всем больным выполнены нетрадиционные эндоваскулярные вмешательства. Двум больным произведено низведение верхушки тромба каудально корзинкой Доттера с последующей имплантацией кава-фильтров. Двум пациентам выполнена эндоваскулярная катетерная тромбэктомия флотирующей части тромба, выросшего над кава-фильтром, с имплантацией второго фильтра. Трем пациентам кава-фильтры имплантированы под комбинированным ультразвуковым и рентгеновским контролем без использования контрастного вещества. В трех наблюдениях съемные кава-фильтры имплантированы в супраренальный отдел нижней полую вену. У двух из них они были удалены в сроки от 8 до 14 дней. Трем пациентам имплантированы съемные стенты-фильтры в подвздошные вены, один из которых удален спустя 10 дней.

Выполненные нетрадиционные вмешательства позволили во всех случаях обеспечить эффективную профилактику ТЭЛА. В отдаленном периоде в сроки от 1 до 8 месяцев ни в одном случае эпизодов ТЭЛА не отмечено. Осложнений вмешательств не было.

Таким образом, возможности современной интервенционной рентгенохирургии позволяют произвести эффективную профилактику ТЭЛА даже в тех случаях, когда традиционное применение кава-фильтра невозможно или сопряжено с угрозой развития тотального тромбоза нижней полую вены.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛОГЕННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

И. И. Кательницкий, В. С. Гузь, Р. В. Сидоров, И. И. Простов, Б. В. Некрылов
г. Ростов-на-Дону

Целью работы является определение возможности инвазивных и неинвазивных методов диагностики эмбологенных венозных тромбозов и выработка показаний к различным методам их хирургического лечения.

Под нашим наблюдением находились 248 больных с тромботическим поражением глубоких вен нижних конечностей, обратившихся за помощью в отделение сосудистой хирургии РГМУ в период с 1996 по 1999 год.

Всем больным произведено ультразвуковое дуплексное исследование нижней полую вены и вен нижних конечностей на аппарате «Acuson XP-128».

У 178 человек выполнены различные виды флебографических исследований.

При ультразвуковом дуплексном исследовании (УЗДИ) подозрение о наличии эмбологенного тромба возникло у 68 человек. Причем у 14 пациентов тромб локализовался в нижней полой вене (НПВ), у 38 — в подвздошном сегменте и у 16 — в бедренном сегменте. При последующем флебографическом исследовании в этой группе наличие эмбологенного тромбоза подтверждено в НПВ у всех пациентов, в подвздошном сегменте — у 32 (47%), в бедренном сегменте — у 9 (13%).

При хирургическом лечении отмечалось полное совпадение данных рентгенологического исследования с интраоперационной картиной.

У 110 человек при УЗДИ не было обнаружено данных об эмбологенных тромбах. Однако при флебографическом исследовании у 4 больных отмечено наличие флотирующего тромба в НПВ, у 8 — в подвздошном сегменте и у 5 — в бедренном сегменте.

Хирургические вмешательства выполнены 85 больным с эмбологенными тромбами. Имплантация кава-фильтра в НПВ произведена 12 пациентам, тромбэктомия с имплантацией кава-фильтра «Песочные часы» — 2, илиопликация — 56, каваликация — 15. Одновременно производилась антикоагулянтная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин). Летальных исходов не было. У двух больных после имплантации кава-фильтра отмечен тромбоз НПВ, у одного больного возник ретромбоз после тромбэктомии из подвздошной вены. В группе больных, где применялся нефракционированный гепарин, отмечено желудочное (1) и маточное (1) кровотечение.

Заключение: УЗДИ может служить скрининговым методом для выявления эмбологенных венозных тромбозов. Однако отсутствие ультразвуковых данных о флотирующих тромбах не гарантирует отсутствия последних. В настоящее время больные с острыми венозными тромбозами нуждаются в комплексном обследовании для определения последующей лечебной тактики.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ФЛОТИРУЮЩИХ ТРОМБОВ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н. В. Корнцев, П. Г. Брюсов, И. А. Асеева, А. Р. Статкевич
г. Москва

Цель исследования: выявление частоты обнаружения флотирующих тромбов у травматологических больных с тромбозами глубоких вен в послеоперационном периоде.

Актуальность проблемы определяется значительным увеличением частоты флеботромбозов и эмболий, в том числе такого грозного осложнения послеоперационного периода, как ТЭЛА.

Материалы и методы: обследовано 746 пострадавших с травмами и огнестрельными ранениями нижних конечностей. Исследования проводились на ультразвуковых системах типа «ACUSON 128 XP/10», «ACUSON 512 «SEQUOIA», «TOSHIBA SSH 140A», «LOGIQ 500» методом ультразвукового дуплексного сканирования.

Результаты: из 746 обследованных больных у 307 (41,1%) были выявлены патологические изменения вен, из них флеботромбоз — у 168 (54,7%) пациентов. Преобладали поражения бедренно-подколенного сегмента.

В данной группе у 24 (14,2%) человек были диагностированы флотирующие тромбы в общей бедренной вене, длина которых составляла от 1 до 4 см.

Тромбэктомия из общей бедренной вены выполнена у 15 больных. Кава-фильтр имплантирован трем больным. У 6 пациентов, страдающих серьезной сопутствующей патологией, при слабой флотации и хорошей фиксации основания тромбов использовали активно-выжидательную тактику с проведением соответствующей терапии и динамическим ультразвуковым контролем. У всех больных этой группы отмечена полная фиксация тромбов к венозной стенке в сроки от 3 до 7 дней.

Все больные выздоровели, летальных исходов не было.

Выводы: проведенные исследования показали высокую эффективность ультразвукового исследования вен нижних конечностей у больных после операций, позволяющего своевременно диагностировать угрожающие последствия послеоперационных тромбофлебитов и флеботромбозов.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

С. Г. Крыгин, В. В. Замятин
г. Самара

В Самарской областной больнице с 1987 года функционирует областной центр неотложной и плановой ангиохирургии. Одной из сторон деятельности центра является лечение больных с острыми венозными тромбозами различной локализации. Нами проанализирован опыт лечения больных данного профиля за 1996—1999 годы. Всего больных было 532, из них женщин — 277 (52%). Возраст больных был от 15 до

94 лет. Наибольшее число пациентов было в трудоспособном возрасте: от 31 до 60 лет — 275 (51,6%). Левосторонняя локализация процесса имела у 41,5% наших больных, двустороннее поражение — у 3 (0,6%). Поражение на уровне нижней полой вены (НПВ) диагностировано у двух пациентов (0,4%), подвздошно-бедренной локализации — у 193 (36,3%), подколенно-берцовой — у 204 (38,3%). Флеботромбозы подключично-плечевого сегмента верхней конечности имели место у 26 больных (4,9%), тромбофлебит подкожных вен — у 107 (20%). При госпитализации явления ТЭ ветвей ЛА диагностированы у 3 (0,5%) больных.

Больные с поражением глубоких вен лечились консервативно. Им назначался постельный режим на 10—14 суток, функциональный покой конечности, антикоагулянтная терапия, дезагреганты, гирудотерапия, симптоматическая и местная терапия. После появления признаков компенсации венозного оттока конечность эластично бинтовалась и больной полностью клинически обследовался. В большинстве случаев при обследовании больных непосредственную причину флеботромбоза установить не удалось. 47 (8,8%) больных страдали декомпенсацией варикозной болезни, у 18 (3,4%) пациенток имела фибромиома матки больших размеров. У 7 (1,3%) пациенток причиной подвздошно-бедренного флеботромбоза явилась беременность 34—36 недель, у 4 (0,8%) — послеродовой эндо- или параметрит. Выраженный деформирующий коксо- или гонартроз диагностирован у 6 (1,1%) больных. Злокачественные новообразования различной локализации и стадии были впервые выявлены у 5 (0,9%) больных и были диагностированы до поступления — у 7 (1,3%). 2 (0,4%) пациентам с тромбозом НПВ, осложненных ТЭЛА, имплантирован кава-фильтр; у 2 больных подвздошно-бедренным флеботромбозом на фоне интоксикации, динамической кишечной непроходимости выполнена диагностическая лапароскопия. Один больной (0,2%) умер от ТЭЛА на пятые сутки после поступления; 1 (0,2%) пациент умер от дыхательной недостаточности на фоне терминальной стадии рака легкого. Средняя продолжительность лечения этих больных составила 15,9 дня.

Больным с явлениями тромбофлебита подкожных вен при поступлении предлагалась операция, которая выполнялась при согласии пациента. При отказе назначалось консервативное лечение, указанное выше. Всего оперирован 61 (11,5%) больной. Выполнены операции: Троянова-Тренделенбурга — у 23 (4,3%) больных, комбинированная флебэктомия с иссечением тромбированных вен — у 34 (6,3%), прочие — у 4. Средняя продолжительность лечения этих пациентов составила 7,4 дня.

Выводы:

1. У большинства больных флеботромбозом эффективно консервативное лечение.
2. ТЭЛА явилась причиной смерти 0,4% от всего числа больных венозным тромбозом.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТРОМ ИЛИОФЕМОРАЛЬНОМ ВЕНОЗНОМ ТРОМБОЗЕ

Н. И. Коротков, Г. А. Живарев, В. Г. Плеханов, А. Л. Александров
г. Иваново

Хирургическая клиника лечебного факультета ИГМА располагает опытом лечения 145 больных с ОИФВТ за последние 10 лет. Типичная клиника ОИФВТ наблюдалась у 106 больных: острая боль в икроножных мышцах, переходящая в распирающую боль, нарастающий отек на ноге и цианоз. Отек нижней конечности без болевого синдрома был у 15 больных.

Среди поступивших у 14 пациентов в анамнезе были эпизоды ТЭЛА. У 53 больных при поступлении в клинику и в процессе лечения наблюдались клинические симптомы ТЭЛА.

Основным методом диагностики при ОИФВТ была ретроградная илиокаваграфия (94). Всем больным с клиникой ТЭЛА выполнялась ангиопульмонография и сцинтиграфия легких. В результате такого целенаправленного обследования был выявлен тромбоз НПВ и подвздошных вен у 85 больных из 94 обследованных. Тромбоз ветвей легочной артерии диагностирован у 52 больных и дефект перфузии легких при сцинтиграфии определялся у 58 пациентов.

Для профилактики ТЭЛА 63 больным с ОИФВТ выполнена имплантация кава-фильтра. Показанием для этого было наличие клиники ТЭЛА и эмболенного тромба в НПВ и ее основных притоках. Проволочных фильтров «РЭПТЭЛА» имплантировано 51 и 12 фильтров «Песочные часы». При наличии эмболенных тромбов без клиники ТЭЛА имплантировано 20 фильтров. В эту группу вошли 4 женщины с беременностью 30—35 недель.

У 4 больных были осложнения: массивная эмболия НПВ на уровне фильтра у одного больного на третьи сутки после имплантации и у 3 — тромбоз подключичной вены на стороне катетеризации. Летальных исходов не было. Таким образом, имплантация кава-фильтра пациентам с ОИФВТ, выполненная по показаниям, является надежным методом хирургической профилактики ТЭЛА.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ — НОВАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

В. М. Кошкин, С. Г. Леонтьев, В. Ф. Агафонов
г. Москва

Системная энзимотерапия (СЭТ) — современный лечебный метод, основанный на системном действии применяемых регос комплексов гидролитических ферментов, что приводит к модуляции собственных ферментных систем организма, сопровождающейся оптимизацией физиологических и патофизиологических процессов. Прежде всего это относится к нормализации иммуногомеостаза. Наиболее же характерным для СЭТ является противовоспалительное действие, уменьшение отека, активизация фагоцитоза, расщепление иммунных комплексов, оптимизация цитокиновой активности клеток крови и активация фибринолиза. Спектр патофизиологических реакций, вызванных СЭТ, индивидуален для каждого конкретного случая и представляет собой оптимальный набор механизмов, направленных на ликвидацию или регресс патологического процесса.

Данный механизм действия обуславливает чрезвычайно широкий диапазон применения СЭТ, в том числе во флебологии. Имеются данные об успешном ее применении для лечения тромбофлебитов поверхностных вен и последствий ранее перенесенного тромбоза глубоких вен (посттромбофлебитическая болезнь). Это подтверждается нашими исследованиями, в частности, применением вобэнзима (16 дней у больных тромбофлебитами в дозе 10 драже 3 раза в день) и флогэнзима (3 месяца при ПТБ). 1-я серия исследований включала 119 больных (половина из них плацебо-группа), вторая — 32 больных, получавших флогэнзим (2 драже 3 раза в день) и 34 — традиционную многокомпонентную терапию.

В обеих группах больных получены данные, подтверждающие высокую эффективность СЭТ: быстрый регресс клинической симптоматики при тромбофлебитах, что прежде всего проявлялось снижением явлений воспаления — местного покраснения, отека, болевого синдрома; и явно положительный результат лечения ПТБ у 84% больных (при традиционном лечении — у 73%). Основной особенностью действия СЭТ по сравнению со стандартным лечением является существенно более выраженный фибринолитический эффект и ингибирование тромбоцитарной агрессии. В результате ускоряется реканализация и значительно улучшается венозный отток, а также регресс клинических проявлений, характерных для хронической венозной недостаточности нижних конечностей (отек, цианоз кожных покровов, боль).

Важно отметить хорошую переносимость СЭТ, отсутствие противопоказаний к ней, простоту и хорошую переносимость.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. В. Кунгурцев, В. Р. Чиж, И. М. Гольдина
г. Москва

Цель исследования. Определить тактику лечения острых тромбозов вен нижних конечностей.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 92 больных с острыми тромбозами вен нижних конечностей. Оклюзирующий тромбоз вен голени и бедра выявлен у 56 больных, неокклюзирующий тромбоз с признаками флотирующего тромба в просвете общей бедренной вены (ОБВ) и подвздошных венах (ПВ) — у 36 больных. Основным инструментальным методом в диагностике тромбоза вен было: дуплексное ангиосканирование и УЗИ. При остром тромбозе ПВ выполняли каваграфию. Тактику лечения определяли в зависимости от характера тромба его локализации, распространенности, давности заболевания, сопутствующей патологии.

Результаты. Консервативная терапия проведена у 56 больных с окклюзивными или пристеночными тромбозами магистральных вен, уровень и характер которых не изменялся при динамическом ДС. Последняя включала в себя гепарино- и дезагрегантную терапию, венотоники, противовоспалительную терапию. Оперировано 36 больных. У 19 больных выполняли прямую тромбэктомию из ОБВ с последующей перевязкой поверхностной бедренной вены. У 2 больных после выполненной тромбэктомии из подвздошных вен операция дополнена наложением временной артериовенозной фистулы. 5 больным имплантирован кава-фильтр. У 10 больных с флотирующим тромбом в устье большой подкожной вены выполнена тромбэктомиа с операцией Троянова-Тренделенбурга. В послеоперационном периоде больные получали фраксипарин до 10–14 дней с последующим переходом на непрямые антикоагулянты под контролем протромбинового времени и международного нормализованного отношения (МНО). Полного восстановления кровотока по бедренным и подвздошным венам удалось достигнуть у 34 больных. Летальных исходов не было. На исход лечения существенно влияли сроки от начала заболевания. Положительный эффект достигнут у 87% больных.

Закключение. Консервативная терапия показана при дистальных формах тромбоза вен без тенденции к прогрессирующему росту.

При распространенном восходящем тромбозе вен с образованием флотирующего тромба или изолированном тромбозе подвздошных и бедренных вен необходимо отдавать предпочтение хирургическим методам лечения.

ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ФЛЕБОТРОМБОЗА

Р. З. Лосев, Х. К. Зинатуллин
г. Саратов

Цель исследования — изучение эффективности применения низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) при флеботромбозе в эксперименте и клинике.

В эксперименте (собаки) в тромбированных венах на 5-е сутки наблюдали «рост» тромба, признаки же его организации и канализации обнаруживали на 8-е сутки. Морфологическая картина не менялась и на 14-й день.

При чрескожном лазерном облучении тромбированной вены уже на 5-е сутки наблюдали выраженные процессы организации тромба и полнокровие мелких сосудов окружающих тканей. Значительно менее выраженными были явления гамма-метахромазии в стенке вены. На 8-е сутки появляется эндотелиальная выстилка реканализированных участков, и на 14-е сутки организация тромба завершилась. Наступала значительная активация (дегрануляция) тучноклеточной популяции.

За 5 лет в первые 7 суток заболевания поступили 112 больных острым илиофemorальным флеботромбозом. Тромбэктомия и (или) пликацию магистральной вены выше уровня поражения выполнили 57 пациентам. В 24 случаях после операции проводили традиционную терапию (гепарин, реополиглюкин), 33 — проводили и лазеротерапию. Непременным условием применения НИЛИ у больных флеботромбозом является пликация вены выше уровня поражения или установка кава-фильтра.

Наиболее обоснованным было сочетание чрескожного лазерного облучения в проекции пораженных вен с внутривенным лазерным облучением крови (ВЛОК), так как наряду с сокращением сроков реканализации улучшались реологические и коагуляционные свойства крови. Содержание фибриногена крови снижалось с $6,0 \pm 0,2$ г/л до $4,0 \pm 0,2$ г/л ($p < 0,01$), повышалась фибринолитическая активность (с $4,6 \pm 0,2\%$ до $14,0 \pm 0,9\%$, $p < 0,01$) и активность антитромбина III (с $63,1 \pm 4,0\%$ до $92,1 \pm 3,4\%$, $p < 0,05$). Показатели вязкости крови в эти же сроки снизились с $4,9 \pm 0,3$ у. е. до $4,1 \pm 0,2$ у. е. ($p < 0,01$).

Таким образом, использование лазерного излучения при илиофemorальном флеботромбозе создает качественно новую ситуацию, позволяющую быстро купировать основной процесс, сократить сроки реканализации и избежать тяжелых последствий заболевания.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРЯМЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЕ ПРИ ЭМБОЛООПАСНЫХ ТРОМБОЗАХ ИЛИОКАВАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин, Я. Г. Истаков, А. Е. Афонина
г. Москва

За период 1992—1999 гг. в клинике оперировано 103 больных в возрасте от 17 до 75 лет с эмболоопасными тромбозами нижней полой вены (НПВ) и подвздошных вен. Диагноз ставился на основании данных ретроградной илиокаваграфии, при которой выявлялись флотирующие тромбы длиной от 3 до 20 см. До операции 25 больных (24,3%) перенесли ТЭЛА.

У 86 пациентов (83,5%) имел место тромбоз инфраренального отдела системы НПВ. Имплантация кава-фильтра у этих больных была невозможна по различным причинам анатомического и технического характера. С целью профилактики массивной ТЭЛА выполнялась пликация НПВ механическим швом тотчас ниже устьев почечных вен. Для наложения механического шва использовался аппарат УКБ-40, заряженный через 2 скрепки, что позволяло формировать в НПВ каналы диаметром около 5 мм. Одному больному с выраженным перифлебитом выполнена чистая тромбэктомия, без пликации НПВ.

В 11 случаях (10,7%) флотирующий тромб распространялся на супраренальный отдел НПВ. После наложения страхующего турникета выше верхушки тромба первым этапом выполнялась тромбэктомия из НПВ, освобождались супраренальный и ренальный отделы. У 10 больных вмешательство закончено пликацией НПВ. Одной больной пликация не производилась: флотирующий тромб исходил из культи почечной вены, которая и была удалена вместе с тромбом.

Шестерым больным потребовалось удаление кава-фильтра. У четырех из них сформировался флотирующий тромб выше фильтра, что угрожало массивной ТЭЛА. В двух случаях имело место осложнение процедуры имплантации кава-фильтра: он был имплантирован в правую почечную вену. После тромбэктомии и удаления фильтра у этих пациентов операция также была закончена пликацией НПВ.

В 13 случаях были диагностированы во время вмешательства операбельные опухоли брюшной полости. 12 пациенток перенесли ампутацию или экстирпацию матки с придатками, одной больной выполнена резекция желудка.

Случаев ТЭЛА в послеоперационном периоде отмечено не было. Умерли трое больных, летальность составила 2,9%. В отдаленном послеоперационном периоде обследовано 15 больных. НПВ оказалась проходима на всем протяжении в 73,3% случаев.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ТРОМБЭКТОМИЯ ИЗ БЕДРЕННЫХ И ПОДВЗДОШНЫХ ВЕН КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

А. А. Матюшенко, А. В. Дубровский, В. В. Андрияшкин, Д. А. Сон, А. Е. Афонина
г. Москва

В клинике факультетской хирургии РГМУ с 1995 года оперировано 63 больных в возрасте от 24 до 80 лет с флотирующими тромбами бедренных и подвздошных вен. Диагноз ставился на основании ретроградной подвздошно-бедренной флебографии (выполнена 44 пациентам) и ультразвукового ангиосканирования (59 больных). Ультразвуковое исследование при наличии данных ангиографии выполнялось для уточнения состояния глубокой вены бедра, проходимость которой мы считаем обязательным условием для выполнения подобных вмешательств.

При локализации тромба ниже паховой связки удаление его флотирующей вершины выполнялось через флеботомию окончательным зажимом на высоте пробы Вальсальвы после наложения страхующего турникета на общую бедренную вену выше тромба. При распространении тромба на подвздошную вену тромбэктомия производилась катетером Фогарти в условиях проксимального блока раздутым баллончиком другого катетера. Из дистальных отделов бедренной вены тромбэктомию мы не проводили в связи с малой перспективностью этой манипуляции в условиях флебита.

В 52 случаях (82,5%) операция была закончена перевязкой поверхностной бедренной вены и переключением кровотока на глубокую вену бедра. У 11 пациентов (17,5%) мы ограничивались паллиативной тромбэктомией и переводом флотирующего тромба в окклюзивный.

Ретромбозы общей бедренной вены развились в 4 случаях (6,3%), что потребовало у одного больного выполнения пликаций нижней полой вены. Летальных исходов не было.

В послеоперационном периоде у всех больных отмечен регресс признаков венозной недостаточности конечностей.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННЫМ ВЕНОЗНЫМ ТРОМБОЗОМ

А. А. Морозов, Е. Г. Одиянков, А. А. Киришин, В. А. Ситников, С. Н. Стяжкина
г. Ижевск

С 1981 по 1991 гг. в отделении сосудистой хирургии Ижевского республиканского кардиологического клинического диспансера лечились 125 больных с острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом. С 1991 по 1998 гг. 47 пациентам произведена имплантация кава-фильтров. 35 кава-фильтров «РЭПТЭЛА», 10 — «Песочные часы», 2 — съемных кава-фильтров. В комплекс лечения этого заболевания входило: внутритазовая новокаиновая блокада на стороне поражения по Л. Г. Школьникову; компрессорная цинк-желатиновая повязка; постоянное магнитное поле; лекарственные средства (гливенол, троксевазин, венорутон); низкомолекулярный декстран (реополиглюкин); имплантация кава-фильтра больным группой риска (эмбоогенный тромбоз, эпизод ТЭЛА). Лечение больных проводили в стационарных условиях без соблюдения постельного режима, активно. Эмболия легочной артерии наблюдалась у двух пациентов, у одного из них — со смертельным исходом. В обоих случаях эпизоды тромбоземболии совпали с несвоевременной заменой ослабленной цинк-желатиновой повязки.

Отдаленные результаты (до 11 лет) изучены у 52 пациентов, что составило 81% пролеченных нами трудоспособных больных. У всех обследованных пациентов выполняли ультразвуковое доплеровское исследование, а у 32 пациентов — дополнительную флебографию.

Из всех 52 обследованных только 5 человек имели группу инвалидности: трое — 2-ю группу, двое — 3-ю группу. По данным ультразвуковых методов исследования и флебографическим данным мы получили в большинстве случаев ($\approx 90\%$) восстановление проходимости магистральных вен. Но необходимо отметить, что даже при полном восстановлении проходимости магистральных вен клапанный аппарат их был неполноценным или полностью разрушенным, что и привело в дальнейшем к развитию хронической венозной недостаточности.

Таким образом, незначительное количество эмбоогенных осложнений, отсутствие противопоказаний по возрасту, сопутствующим заболеваниям и временному фактору от начала тромбоза позволяет нам рекомендовать данный комплекс лечения венозного тромбоза для практического здравоохранения.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НПВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЗАМИ ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА

Е. П. Москаленко, С. А. Капранов
г. Москва

В клинике факультетской хирургии РГМУ за период с 1997 по 1999 гг. 116 больным с острыми тромбозами системы нижней полой вены было произведено УЗ-ангиосканирование с доплерографией и цветовым картированием кровотока, а также исследование гемодинамики в НПВ на аппарате «ACUSON 128 XP/10».

Среди обследованных пациентов было 53 (45,69%) мужчины и 63 (54,31%) женщины в возрасте от 18 до 88 лет (в среднем 50,3 года).

При комплексном инструментальном обследовании у 90 (77,59%) пациентов выявлены эмбологенные тромбозы различных отделов системы НПВ. У 27 (30%) из них тромбоз осложнился тромбозом легочной артерии. Давность заболевания колебалась от 1 суток до 1,5 месяца (в среднем 13,4 дня).

Целью исследования была оценка структурно-функционального состояния НПВ при поступлении, а также его динамики после выполнения различных видов хирургической профилактики ТЭЛА.

40 (34,48%) пациентам произведена катетерная тромбэктомия из НПВ, 12 (10,34%) — пликация НПВ, 17 (14,66%) — имплантация противэмболических кава-фильтров, 3 (2,59%) — прямая хирургическая тромбэктомия, 10 (8,62%) — регионарная тромболизисная терапия в различных комбинациях.

В результате проведенных исследований нами было отмечено, что при локализации вершины тромба в дистальных отделах системы НПВ скоростные показатели кровотока в НПВ до и после хирургических вмешательств менялись незначительно. Достоверные изменения гемодинамических показателей отмечены нами лишь у пациентов с флотирующими тромбами НПВ — 63 человека (54,31%), в связи с чем в дальнейшем мы оценивали структурно-функциональное состояние НПВ лишь у данной группы больных.

Линейная скорость кровотока во всех случаях менялась в среднем с 0,146 до 0,144 ($p > 0,05$). Достоверными являлись лишь изменения И1 и И2. Так, после КТЭ значения И1 и И2 увеличивались в инфраренальном отделе НПВ в среднем с 0,88 до 1,23 (Δ И 6 — 300%, ср. 76,7%), а в супраренальном отделе НПВ в среднем с 0,96 до 1,09 (Δ И 11 — 233%, ср. 87,8%). После имплантации кава-фильтра значения И1 и И2 оставались практически без изменений, в пределах от 0,76 до 0,81 (Δ И равнялась 0 — 11%, ср. 8,6%) инфраренальном отделе НПВ и от 0,68 до 0,71 (Δ И 1—9%, ср. 6,8%) в супраренальном отделе. После пликации НПВ значения индексов уменьшались с 0,59 до 0,48 (Δ И 15 — 40%, ср. 32,8%).

Также исследовались анатомические параметры НПВ. Поперечный диаметр сосуда находился в пределах 16,3 — 36,5 мм (ср. — 23,24 мм), продольный диаметр 6,6 — 18,9 мм (ср. — 12,75 мм). Длина окружности НПВ составила 42,9 — 79,0 мм (в среднем — 57,31 мм), а площадь поперечного сечения 105—400 мм² (в среднем — 225,5 мм²). Длина инфраренального отдела НПВ составила в среднем 930,4 мм. У 13 (11,21%) больных выявлено разноуровневое впадение почечных вен и у 21 (18,1%) пациента — удвоенные почечные вены.

Полученные данные динамического УЗ-исследования структурно-функциональных особенностей НПВ позволяли:

- 1) выбрать наиболее физиологичный способ хирургической профилактики ТЭЛА;
- 2) оценить степень влияния различных методов профилактики ТЭЛА на структурно-функциональное состояние НПВ и регионарную гемодинамику сосуда;
- 3) прогнозировать дальнейшее течение основного заболевания и риск возникновения тотального тромбоза инфраренального отдела нижней полой вены.

АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ф. Х. Низамов
г. Тюмень

За 1996—1999 годы в амбулаторных условиях проходили долечивание 48 больных с острыми тромбозами бедренно-подвздошного сегмента, из них 24 — с левосторонней, 15 — правосторонней и 9 — с двусторонней локализацией процесса. Преобладали женщины (77,1%), средний возраст больных в обеих группах составил 60 и старше лет (58,3%).

Наиболее частой причиной (31,3%) развития заболевания явились травмы (переломы костей, сдавления мышц), в том числе и операционные (вмешательство по поводу перелома шейки бедра). На втором месте по частоте стояли операции на органах брюшной полости (25%), малого таза (аденомэктомии при гиперплазии предстательной железы — 14,6%, медицинские аборт — 8,3%). В 10 наблюдениях (20,8%) непосредственной причины болезни выявить не удалось, хотя в анамнезе в течение

последних 6—8 месяцев выявлялись ОРЗ, грипп. Во всех случаях заболевание развивалось через 3—5 дней после операции или травмы в виде быстро прогрессирующего отека нижней конечности и выраженного болевого синдрома. Диагноз подтверждался ультразвуковой доплерографией. Применение стрептокиназы и фибринолизина с первых часов заболевания у 3 больных привело к рассасыванию тромба с последующими незначительными расстройствами венозной гемодинамики. У остальных антикоагулянтная терапия позволила стабилизировать процесс, и они были выписаны на амбулаторное лечение в стадии начальных явлений реканализации тромба.

В амбулаторных условиях под контролем состояния свертывающей системы крови проводится комплексное и этапное лечение. Особое внимание обращается на эластичное бинтование обеих нижних конечностей, которое направлено на борьбу с венозным застоем, причем сдавление должно быть больше в области лодыжек и голени, меньше в области бедра. Улучшающий отток венозной крови, дозированная нагрузка на нижние конечности и ЛФК. При протромбиновом индексе более 90% курсами 10—20 дней в обычных дозировках назначаются препараты, обладающие мягким антикоагулянтным эффектом — ацетилсалициловая кислота в оболочке, эскузан в каплях или таблетках. Последний особенно показан в случаях наличия невыраженных отеков на конечностях. Следующая группа лекарственных средств — дезагреганты (курантил, парседил) и сосудорасширяющие, из них предпочтение отдается галидору. При имеющемся болевом синдроме показаны нестероидные противовоспалительные средства. Эффективны никотиновая кислота и препараты, содержащие ее (ксантинола никотинат), активирующие выработку эндогенного гепарина. Необходимым элементом реабилитации являются средства, улучшающие обменные процессы в сосудистой стенке (актовегин, солкосерил). При повышении протромбинового индекса более 100% и гиперфибриногенемии больных необходимо направлять в дневной стационар поликлиники для инфузионной терапии.

ЛЕЧЕНИЕ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИЛИОФЕМОРАЛЬНЫМ ФЛЕБОТРОМБОЗОМ

Ю. В. Новиков, Ю. В. Червяков, А. В. Борисов
г. Ярославль

В отделении хирургии сосудов ЯОКБ с 1995-го по 1999 год находилось на лечении и под наблюдением 64 пациента с острым илиофemorальным флеботромбозом. Левосторонняя локализация процесса установлена в 53,1% случаев, правосторонняя — у 39,0% больных. Более частая локализация тромбоза в подвздошно-бедренном сегменте слева объясняется анатомическими особенностями: возможность сдавления правой подвздошной артерией или бифуркацией аорты устья левой подвздошной вены. У 2 пациентов выявлено двустороннее поражение подвздошных вен, у 3 — распространение процесса на НПВ. По этиологии заболевания: восходящий тромбоз из системы БПВ — 37,5% случаев, восходящий тромбоз из глубоких вен конечности — у 23,4% больных, паранеопластический процесс — 20,3%, экстраорганное сдавление подвздошных вен (преимущественно увеличенной маткой) — 6 пациентов, последствия травмы (перелом костей таза) — 4 человека, воспалительные заболевания органов брюшной полости — 2 случая. Осложнения в виде ТЭЛА возникли у 7,8% пациентов. Летальных исходов не было.

Мы придерживаемся консервативной тактики лечения данной патологии. Стандартная терапия включает: в/м введение прямых антикоагулянтов в стандартной дозировке, трентал в/в, противовоспалительные нестероидные препараты в/м, флебопротекторы, аспирин, курантил. Обязательно постельный режим, возвышенное положение ноги, эластическая компрессия конечности. Данный курс терапии проводится в специализированном отделении в течение 3 недель с обязательным контролем доплерографии. В 4 случаях при двустороннем поражении и тромбозе НПВ проводили курс терапии фраксипарином в дозировке 0,6—1,2 мл. Отмечен более быстрый регресс отека-болевого синдрома, чем при использовании гепарина. При наличии флотирующего тромба в подвздошной или НПВ выполняем каваклипирование (4 случая) или направляем пациентов для постановки кава-фильтра (3 больных).

Считаем обязательным диспансерное наблюдение за данной группой больных. Амбулаторное лечение является составной частью комплексной терапии в отдаленном периоде. Пациентам рекомендуется прием детралекса-500 в стандартной дозировке в течение 2,5—3 месяцев, эластическая компрессия конечности и массаж с троксевазиновой мазью до 6 мес. Контроль доплерографии проводим через 3—6—12 мес. с момента заболевания. Дополнительные курсы стационарного лечения с использованием сосудистых препаратов, физиотерапии, пневмомассажа проводим не менее 2 раз в год.

Неадекватное лечение острого илиофemorального флеботромбоза значительно увеличивает количество эпизодов ТЭЛА. Отсутствие диспансерного наблюдения и лечения в отдаленном периоде часто приводит к декомпенсации венозного оттока

из конечности и появлению трофических расстройств на голени, которые плохо поддаются консервативному лечению. Только комплексная терапия илюфеморального флеботромбоза, включающая лечение в специализированном отделении в остром периоде, амбулаторное лечение и диспансерное наблюдение в отдаленном периоде, позволяет успешно лечить данную патологию и предотвращать ее возможные осложнения.

ПОКАЗАНИЯ К УДАЛЕНИЮ СЪЕМНОГО КАВА-ФИЛЬТРА «ЗОНТИК»

В. И. Прокубовский, В. П. Буров, С. Г. Леонтьев
г. Москва

В период с сентября 1997-го по февраль 2000 года кава-фильтр «Зонтик» применен 88 больным в возрасте от 15 до 86 лет (в среднем 52,3 года).

52 (59,09%) больным кава-фильтр «Зонтик» был имплантирован в качестве постоянного фильтрующего устройства в связи с высокорасположенными тромбами нижней поллой вены, в том числе и осложненными тромбоэмболией легочной артерии. 36 (40,91%) пациентам он установлен в качестве временного — перед хирургическими операциями и на период проведения тромболитической или антитромботической терапии.

Успешно выполненные хирургические вмешательства, проведенная тромболитическая и антитромботическая терапия, подтвержденные контрольными ангиографическими и ультразвуковыми исследованиями, выявили отсутствие эмбоопасных тромбов, а исследования свертывающей системы крови показали адекватный гипокоагуляционный ответ на проводимое лечение (АЧТВ > 50 сек., ПТВ > 20 сек.), что позволило нам произвести эндоваскулярное удаление кава-фильтра «Зонтик» у 19 (52,78%) из 36 больных в сроки до 32 дней после имплантации. При наблюдении за этими больными в сроки до 1,5 лет случаев тромбоэмболии легочной артерии не отмечено.

У 17 (47,22%) больных этой группы кава-фильтр «Зонтик» не был удален в связи с сохраняющимися эмбоопасными тромбами, их нарастанием и эмболией в кава-фильтр.

На основании вышеизложенного мы считаем, что удаление кава-фильтра «Зонтик» показано после проведенного лечения при: 1) восстановлении проходимости вен, 2) трансформации флотирующего тромба в пристеночный. Обязательным условием удаления кава-фильтра является нормализация коагулограммы и поддержание в случае необходимости гипокоагуляционного состояния крови.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ КОРРЕКЦИЯ И РЕИМПЛАНТАЦИЯ СЪЕМНЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ «ЗОНТИК»

В. И. Прокубовский, С. А. Капранов, В. П. Буров, А. С. Солонко
г. Москва

Опыт применения постоянных моделей кава-фильтров «РЭПТЭЛА» и «Песочные часы» у более 3500 больных показал, что погрешности в технике операции могут привести к попаданию их лучей в устье почечных вен, отклонению кава-фильтра от продольной оси, чрезмерно низкому расположению кава-фильтра. Указанные причины потенциально опасны развитием различных осложнений: тотального тромбоза НПВ, рецидива ТЭЛА, перфорации стенки сосуда, окклюзий или стенозов почечных вен.

С 1997 года в клинике для профилактики ТЭЛА применяется новая оригинальная модель — съемный кава-фильтр «Зонтик». Особенности его конструкции предусматривают возможность эндоваскулярного исправления его положения при некорректной имплантации устройства.

За 3-летний период кава-фильтр «Зонтик» был имплантирован 87 пациентам. При этом в 11 (12,64%) наблюдениях отмечены технические погрешности вмешательства. У 5 (5,75%) больных отмечено отклонение кава-фильтра от продольной оси более 15°, у 3 (3,45%) — попадание ножек кава-фильтра в почечные вены и у 3 (3,45%) — его чрезмерно низкое расположение. Тотчас у 9 (10,34%) из них была произведена эндоваскулярная коррекция положения кава-фильтра в правильную позицию. У 1 (1,14%) больного попытки удаления кава-фильтра привели к его миграции в супраренальный отдел нижней поллой вены. В последующем он был удален эндоваскулярным путем доступом через правую бедренную вену. У 1 (1,14%) больного исправить положение кава-фильтра не удалось. Ни в одном случае осложнений эндоваскулярных вмешательств не возникло. В отдаленном периоде у больных, перенесших реимплантацию кава-фильтра, признаков тромбоза нижней поллой вены и тромбоэмболии легочной артерии не отмечено.

Таким образом, конструктивные особенности съемного кава-фильтра «Зонтик» позволяют снизить вероятность развития постимплантационных осложнений и устранить наиболее известные недостатки постоянных моделей эндоваскулярных фильтрующих устройств.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ В ТКАНЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОЗЕ ГЛУБОКИХ ВЕН И ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

И. Н. Пиксин, В. И. Махров, Н. А. Окунев,
А. В. Матюшкин, С. В. Матюшкин, М. Г. Рябков
г. Саранск

Нами проведено изучение характера метаболических расстройств в тканях нижних конечностей у больных с острым тромбозом глубоких вен и посттромбофлебитическим синдромом, а также в остром эксперименте у животных.

Исследовалась концентрация эндогенных токсинов липидного и белкового происхождения (малоновый диальдегид — МДА и молекулы средней массы — МСМ), активность каталазы в плазме венозной крови пораженной конечности у 44 больных. Эти же показатели изучались в лимфе и плазме венозной крови на экспериментальной модели острого флеботромбоза у 32 беспородных собак.

Больные были распределены по характеру и локализации повреждения на 3 группы: первая — больные с острым тромбозом глубоких вен голени (ОТГВГ), вторая — больные с острым илюфemorальным тромбозом (ОИФТ) и третья — больные с посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС). Контрольная группа включала 12 здоровых мужчин. Больным проводилось традиционное лечение.

Установлено, что в первые 10 суток после начала заболевания у больных с ОТГВГ концентрация МДА увеличивалась на 10–12% от исходного уровня ($7,51 \pm 0,18$ мкмоль/л). Во второй группе больных динамика МДА была аналогичной, но уровень ее был существенно выше. К концу второй недели в обеих группах достоверных изменений не было. При остром тромбозе содержание МСМ в первые 10 суток увеличивалось в 1,5–2 раза, однако к 15–20-м суткам они снижались до исходных значений. У больных с ПТФС концентрация продуктов катаболизма белков и МДА в процессе лечения снижались, но оставались достоверно высокими до конца наблюдения.

О степени повреждения в тканях пораженной конечности судили по активности каталазы. Наиболее высокая активность ее отмечалась в остром периоде флеботромбоза и в период обострения у больных с ПТФС. Однако достоверное увеличение отмечалось лишь в первые 5–10 суток.

В эксперименте выявлено более раннее (к 5 суткам) повышение концентраций МСМ в периферической лимфе по сравнению с плазмой венозной крови, где аналогичные изменения отмечались лишь на 10-е сутки. Содержание МДА и степень активности каталазы были повышенными в течение всего периода наблюдения (до 15 суток) как в лимфе, так и в плазме венозной крови. В афферентной лимфе содержание МДА повышалось в 2,5 раза, а активность каталазы возрастала на 109,8% по сравнению с исходными данными ($46,99 \pm 2,86$).

Таким образом, полученные данные уточняют некоторые звенья патогенеза в развитии острого флеботромбоза и ПТФС.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

В. В. Плечев, Л. Г. Чудновец, О. А. Никитин, Р. Ш. Латыпов, А. И. Шестаков
г. Уфа

Целью данной работы является оценка роли микронизированной очищенной флавоноидной фракции (препарат «Детралекс») в терапии острых венозных тромбозов на фоне использования традиционного лечебного комплекса.

Выраженный положительный терапевтический эффект детралекса позволил нам обосновать его применение при острых венозных тромбозах в сочетании с традиционной терапией.

За период 1996–1999 гг. в клинику поступили 388 больных с острыми венозными тромбозами нижних конечностей, из них было 198 мужчин и 190 женщин. Мы условно разделили больных на три группы по скорости стихания явлений острой венозной недостаточности (по классификации В. С. Савельева и соавт., 1972), что в дальнейшем положено в основу оценки эффективности лечения детралексом. Одну группу составили больные, у которых уменьшение объема конечности, значительный регресс субфасциального отека наступили в течение одной недели лечения. Вторую группу — больные, у которых вышеописанные явления значительно уменьшились в срок до одного месяца. Третью группу — пациенты, у которых явления острой венозной недостаточности купировались позже одного месяца.

Для оценки состояния венозного русла и свертывающей системы крови проводились клинические лабораторные исследования, а для определения состояния клапанного аппарата — ультразвуковая доплерография в динамике.

Всего с 1998 года лечение детралексом наряду с антикоагулянтами и дезагрегантами проведено 102 больным с острой венозной патологией.

Сравнительный анализ распределения больных по группам

Группы	Без применения детралекса		С применением детралекса	
	абс.	%	абс.	%
1-я группа	34	11,9	17	16,7
2-я группа	154	53,8	62	60,8
3-я группа	98	34,3	23	22,5
Всего:	286	100	102	100

Результаты анализа, на наш взгляд, доказывают преимущество применения детралекса в сочетании с комплексом общепринятой терапии при острых венозных тромбозах нижних конечностей.

Таким образом, выраженный ранний противоотечный эффект, который достигается применением детралекса наряду с традиционным комплексом мер, является одним из факторов, улучшающих качество дальнейшей жизни пациентов с острой венозной патологией.

АКТИВНАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

В. С. Савельев, В. И. Прокубовский, С. А. Капранов, А. В. Дубровский
г. Москва

С 1997 года в клинике факультетской хирургии им. С. И. Спасокукоцкого у 174 больных применена активная тактика лечения острых распространенных тромбозов системы нижней полой вены.

Для этого использовались хирургические и эндоваскулярные методы лечения в различных комбинациях: 1) эндоваскулярная катетерная тромбэктомия из нижней полой и подвздошных вен (ЭКТ) — 44 вмешательства; 2) хирургическая тромбэктомия из подвздошных и бедренных вен (ХТЭ) — 92 операции; 3) регионарная тромболитическая терапия (РТЛТ) — 29 вмешательств; 4) имплантация съёмных (временных) кава-фильтров и подвздошных фильтров-стентов (ИСФ) — 91 вмешательство.

Положительного клинического эффекта от комбинированного лечения острых распространенных тромбозов нижней полой вены удалось добиться у 148 (85,06%) из 174 больных. В 13 (7,47%) наблюдениях отмечено увеличение объема тромботического поражения венозного русла и у 9 (5,17%) пациентов — появление признаков тромбоэмболии легочной артерии. В 4 (2,29%) наблюдениях наступил летальный исход. У 12 (6,89%) больных после вмешательств развились различные осложнения.

При выполнении ЭКТ у 34 (77,27%) из 44 пациентов были полностью удалены флотирующие тромбы из нижней полой или подвздошных вен. В 9 (20,45%) наблюдениях произведена частичная тромбэктомия с последующей имплантацией кава-фильтров. Летальный исход отмечен в двух (4,55%) случаях. В одном из них он был обусловлен фатальным осложнением методики, у другого больного — декомпенсация сердечной деятельности на фоне хронической постэмболической легочной гипертензии. Возникновение или рецидив ТЭЛА наблюдались в четырех (9,09%) наблюдениях.

Прямая ХТЭ из подвздошных вен и глубокой венозной системы нижних конечностей сопровождалась полным восстановлением или улучшением венозного оттока в 61 (77,22%) из 79 наблюдений. У 9 (11,39%) больных отмечен ретромбоз сосудов с повышением его уровня. В послеоперационном периоде ТЭЛА развилась лишь у 3 (3,79%) пациентов. Других осложнений и летальных исходов в данной подгруппе не было. В отдаленном периоде у 41 (51,89%) пациента признаков венозной недостаточности нижних конечностей не выявлено, в 34 (43,04%) наблюдениях посттромботическая болезнь имела легкую степень и лишь у 4 (5,06%) больных — среднюю степень тяжести.

В результате РТЛТ положительного эффекта удалось достигнуть в 21 (72,41%) из 29 случаев. Полный лизис отмечен у 6 (20,69%) пациентов, частичное восстановление проходимости магистральных вен — у 15 (51,72%) больных. В 8 (27,58%) наблюдениях эффекта от РТЛТ либо не было, либо отмечалось нарастание уровня и объема тромботического поражения. Осложнения РТЛТ, потребовавшие специфического лечения, были отмечены у 4 (13,79%) пациентов: острое нарушение мозгового кровообращения (1), тромбоэмболия легочной артерии (1), массивные гематомы (2). В отдаленном послеоперационном периоде у 2 (6,89%) пациентов признаков посттромботической болезни не отмечено, у 12 (41,38%) она носила легкую степень, у 9 (31,03%) — среднюю степень.

ИСФ «Зонтик» и «Фильтр-стент» была произведена 91 пациенту. У 51 (56,04%) больного СФ были имплантированы в качестве постоянного устройства. В 40 (43,96%) наблюдениях ИСФ произведена как способ временной профилактики тромбоэмболии легочной артерии в процессе комбинированных эндоваскулярных и хирургических вмешательств. В общей сложности клиническая эффективность ИСФ составила 100%. Ни у одного пациента не отмечено признаков тромбоэмболии легочной арте-

рии или ее рецидива. Более того, в 5 (5,49%) из 91 наблюдения была достоверно подтверждена эмболия в кава-фильтр, свидетельствующая о его надежности. Осложнения ИСФ, которые не удалось скорректировать эндоваскулярными методами, отмечены лишь в 2 (2,19%) из 91 наблюдений: миграция кава-фильтра (1), отклонение более 30° от продольной оси нижней полой вены (1). Летальных исходов не было. При ИСФ с целью временной профилактики ТЭЛА в 19 (47,5%) из 40 наблюдений в сроки от 1 до 32 дней после имплантации (в среднем 13,53 дня) СФ был удален.

Таким образом, современная тактика хирургического лечения острых тромбозов системы нижней полой вены наряду с эффективной профилактикой ТЭЛА предусматривает и активные способы восстановления проходимости магистральных вен нижних конечностей, способствующих восстановлению регионарной венозной гемодинамики и предотвращающих развитие тяжелой хронической венозной недостаточности.

ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОФЛЕБИТОВ ГЛУБОКИХ И ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н. Н. Салимжанов

г. Акмолинск, Казахстан

В Зерендинской ЦРБ Акмолинской области под наблюдением находились 272 больных с острым тромбофлебитом нижних конечностей. Мужчин было 78, женщин — 194 в возрасте от 18 до 70 лет. У 184 больных были поражены только поверхностные вены нижних конечностей, у 88 — глубокие вены, из них у 11 — заболевание протекало по типу илюфemorального флеботромбоза. Больным с тромбофлебитом глубоких вен проводилось комплексное консервативное лечение. В процессе лечения у двух больных наступила тромбоэмболия легочной артерии, которая в одном случае закончилась смертью больной. После возникновения острого тромбофлебита глубоких вен голени на ранней стадии реканализации (через три месяца) больным проводили катетеризацию вены стопы с наложением жгута выше лодыжек для проведения внутривенного лазерного облучения крови в глубоких венах голени лазерным аппаратом «АЛОК-1», мощностью на торце полимеркварцевого световода 1,5 мВт, экспозиция — 60 мин. Количество процедур — 10. При анализе результатов лечения количество больных с хорошим результатом увеличилось на 17,8%. После проведения консервативной терапии 13,6% больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей поступили повторно с рецидивами. С целью улучшения эффективности лечения данной группы больных 37 из них проведена флебэктомия с иссечением тромбированных вен вместе с воспаленной подкожной клетчаткой с перевязкой недостаточных перфорантных вен голени. 15 больных были прооперированы в экстренном порядке при явлениях восходящего флебита. Мы предлагаем интраоперационную обработку ран при оперативном лечении острых тромбофлебитов поверхностных вен голени и бедра гелий-неоновым лазером ЛГ-III в сочетании с эндолимфатическим введением кефзола в течение 3–5 дней (рац. предложение № 45/88, выдано Карагандинским госмединститутом). Клинически влияние лазерной обработки ран выражалось в более быстром улучшении общего состояния, нормализации общей и местной температуры и купировании болевого синдрома. Данная методика применена у 37 больных, из них у 22 больных тромбофлебит был локализован на голени, у 15 больных острый тромбофлебит распространялся на бедро (восходящий тромбофлебит). Послеоперационный койко-день сократился на 3,0±0,4 дня, в дальнейшем проводилось амбулаторное реабилитационное лечение и диспансерное наблюдение.

Применяемое нами комплексное лечение острых тромбофлебитов вен нижних конечностей дало хороший клинический эффект, одномоментное радикальное излечение больных варикозной болезнью, осложненной тромбофлебитом, дает большой экономический эффект, уменьшает количество тромбоэмболических осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ЭМБОЛОГЕННЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТАЗА

В. М. Седов, Н. А. Гордеев

г. Санкт-Петербург

В клинике факультетской хирургии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова при определении лечебной тактики для больных с острыми тромбозами и тромбофлебитами в системе нижней полой вены мы руководствовались на первом этапе диагностики выявлением признаков эмбологенного тромба, ведущими из которых считали выраженность и темпы нарастания отека нижней конечности и паховой области, признаки тромбофлебита тазовых вен, синяя и белая флегмазия, эпизоды ТЭЛА из системы нижней полой вены, признаки инфарктпневмонии, а также результаты инструментальных методов исследования, подтверждающих наличие флотирующего тром-

ба в магистральных венах нижних конечностей и таза или инфарктпневмонии (доплерография магистральных вен нижних конечностей, ЭХОКГ, ЯМР ангиография, флебография, рентгенография грудной клетки, ЭКГ и др.).

При обнаружении признаков флотирующих тромбов проводилась либо активная хирургическая программа, включающая каваклипирование в инфраренальном отделе (326 больных), клипирование подвздошной вены (24), установку кава-фильтра собственной конструкции (72). После этого программа дополнялась радикальной тромбэктомией из магистральных вен (110) нередко в сочетании с другими способами активации тромболизиса и удаления продуктов разрушения тромбов: регионарная перфузия (50), лазеротерапия (71), гемосорбция (65), надлодыжечная катеризация большой подкожной вены с длительной инфузией тромболитических смесей (217).

В 15% наблюдений оказалось, что острому тромбозу уже предшествовала окклюзия венозной магистрали на уровне подвздошной или тазовых вен (более 10 дней). В этих случаях выполнены реконструктивные вмешательства: операция Пальма (19), аутовенозная пластика (9) или протезом Гортекс/Экофлон (5).

Третью группу наблюдения составили пациенты, которым применена консервативная программа интракорпорального тромболизиса (150), в схему лечения которых входили кроме антикоагулянтов и тромболитиков препараты, улучшающие микроциркуляцию, спазмолитики, реологически активные препараты, фототерапию, физиотерапию. Однако, по нашему мнению, такая терапия безопасна только после установки кава-фильтра или кава-клипсы, так как эффективный тромболизис обязательно сопровождается фрагментацией тромба с формированием эмболов, опасных для жизни пациента.

При анализе отдаленных результатов (15 лет) такого подхода в лечении острых тромбозов в системе нижней полой вены получены убедительные данные преимущества активного хирургического лечения перед консервативным, поскольку первый подход позволяет избежать ТЭЛА и ПТФС или ХВН.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ С РЕТРОМБОЗАМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н. А. Сергеев, Е. М. Мозов
г. Тверь

Цель настоящей работы — улучшение ближайших и отдаленных результатов консервативного лечения больных с данной патологией в стационарных и амбулаторных условиях.

Для оценки регионарного венозного кровообращения и состояния мягких тканей конечностей в динамике применялись клинические, лабораторные, планиметрические, фотографические, бактериологические (качественные и количественные) исследования, а также триплексное флебоангиосканирование.

Под наблюдением находились 74 больных с ПТФБ в возрасте от 38 до 84 лет, причем у 24 из них заболевание осложнилось трофическими расстройствами мягких тканей конечностей и сегментарным венозным ретромбозом. В этой клинической группе трофические изменения тканей стопы и голени в виде гиперпигментации, липодерматосклероза, дерматита или экземы выявлены у 7 пациентов, а трофические язвы — у 17, при этом площадь дефектов варьировалась от 1,5 до 23,6 кв. см.

Консервативное лечение указанной патологии включало магнитолазерную терапию, общее и местное медикаментозное лечение, применение перевязочных средств, дозированную компрессию мягких тканей конечностей. Использовалось низкоинтенсивное излучение современных газовых и полупроводниковых лазерных установок с диапазоном длин волн от 0,41 до 0,96 мкм в непрерывном, модулированном и импульсном режимах. Тромбированные вены и измененные мягкие ткани с сохраненным эпидермисом облучали контактно в сочетании с постоянным магнитным полем, направление которого определялись глубиной поражения. Экзема-тозно измененную кожу и трофические язвы облучали дистанционно по разработанной нами методике.

В процессе лечения отмечалось улучшение общего состояния пациентов, уменьшение отеков нижних конечностей, снижение интенсивности окраски зон гиперпигментации, исчезновение признаков дерматита и экземы, заживление трофических язв, причем полная эпителизация язвенных дефектов наблюдалась после купирования явлений тромбоза глубоких и поверхностных вен. Рецидив трофических язв, развившийся в результате повторного ретромбоза вен голени, диагностирован у одной больной с ПТФБ через 3 года после курса лазеротерапии.

Проведенные исследования показали, что примененное нами консервативное лечение ХВН нижних конечностей, осложненной трофическими расстройствами мягких тканей и сегментарным венозным ретромбозом, в ближайшем и отдаленном периоде (в сроки до 5 лет) приводит к стойкому излечению данной патологии у подавляющего большинства больных.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИОФЕМОРАЛЬНЫХ ФЛЕБОТРОМБОЗОВ

Б. А. Сотниченко, Е. А. Фефелов, А. П. Степура, П. П. Постригань
г. Владивосток

В отделении сосудистой хирургии факультетской клиники ВГМУ с 1994 по 1999 годы находились на лечении 225 больных (132 женщины и 93 мужчины) в возрасте от 20 до 76 лет. Наибольшее количество флеботромбозов илиокавального сегмента и нижних конечностей выявлено у больных в возрасте от 20 до 50 лет. Из 225 пациентов с тромбозом в бассейне нижней поллой вены флеботромбоз подвздошно-бедренного сегмента отмечен у 76 (33,8%) пациентов. Причиной илиофemorального флеботромбоза у 18 больных явился тромбоз поверхностных вен и глубоких вен голени, у 26 — предшествующая травма с длительным постельным режимом, у 5 — заболевания системы крови, у 2 — объемные процессы в забрюшинном пространстве. У 25 больных выявить причину заболевания не удалось, хотя у 10 женщин из этой группы имело место длительное применение контрацептивов.

В диагностике обструктивных заболеваний вен помимо общеклинического исследования выполнялось дуплексное сканирование, доплерография притоков и самой нижней поллой вены, сонография органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Каваграфия и КТ выполнены 2 больным.

Всем больным проводилось консервативное лечение, включающее антикоагулянты, дезагреганты, венотоники. Сроки стационарного лечения у данной группы больных составили от 25 до 30 дней. После проведенного лечения, купирование отека, реканализация тромбированных вен отмечена у 54 (71,1%) пациентов. У 22 (28,9%) при выписке из стационара сохранилась клиника полной обструкции, что подтверждалось данными дуплексного сканирования.

О САНАЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ШЕИ ПРИ «КАТЕТЕРНОМ» СЕПСИСЕ

Ю. М. Стойко, М. И. Долгоруков, А. П. Михайлов, В. И. Кулагин, Е. Ю. Калинин
г. Санкт-Петербург

Широкое внедрение в практику катетеризации подключичной вены наряду с целесообразностью этого мероприятия привело к ряду новых осложнений как технического характера, так и присущих нарушению правил асептики и антисептики во время установки катетера и при пользовании им. В результате этого существует возможность развития тромбоза вен, ангиогенного сепсиса.

В структуре острого хирургического сепсиса ангиогенный составляет от 7,6 до 15,4% (М. И. Лыткин, Ю. Л. Шевченко, Altmeier и др.). На материале патологоанатомических служб Калининского района Санкт-Петербурга и НИИ скорой помощи им. Ю. Ю. Джанелидзе на 12 тысяч секций в 274 случаях (2,1%) сепсис явился причиной смерти. В 71 наблюдении он был ангиогенным, при этом у 48 носил характер «катетерного», т. е. в 17,5% ко всем видам сепсиса и в 68% к ангиогенному.

Как правило, «катетерный» сепсис развивался у резко ослабленных больных, чаще всего при наличии эндогенной инфекции. По представлениям патологоанатомов, практически у всех больных, умерших с наличием подключичного катетера, имеются пристеночные тромбы в системе верхней поллой вены, но далеко не у всех был сепсис. В случаях развития тромбоза подключичной и яремной вен и наличия инфекции развивается гнойный процесс в тромбах с распространением воспаления на окружающие ткани. В таких случаях целенаправленная интенсивная терапия, антибиотиковые блокады и разрезы в местах проведения катетера неэффективны, и скоро развивается полиорганная недостаточность, если не будет проведена санация магистральных вен, о чем сообщений в литературе мы не встретили.

За последние 5 лет нам пришлось наблюдать и санировать магистральные вены шеи у 7 больных. Среди них было четверо женщин и трое мужчин в возрасте от 23 до 72 лет. У всех этих больных тромбоз вен и синдром сепсиса с бактериологическим подтверждением развился после установки катетера в сроки от 3 до 10 дней. Условиями для развития сепсиса у них были резко ослабленное состояние за счет основного процесса и наличие эндогенной инфекции.

У троих из них процесс во внутренней яремной вене был локальным. Им была выполнена коллотомия, произведено удаление расплавленных тромботических масс с иссечением вены в одном из этих наблюдений. У 4 больных удаление гнойных тромботических масс произведено при помощи зонда Фогарти не только из внутренней яремной вены, но и из плечеголовной, с последующей аспирацией гноя электроотсосом. В одном из этих наблюдений получен обратный кровоток из верхней поллой вены. После санации в 2 наблюдениях восстановлен кровоток, у остальных вена лигирована, клетчаточные пространства дренированы. Благодаря этому мероприятию синдром сепсиса быстро купирован. Все больные выздоровели.

Этими наблюдениями мы хотим показать возможность и необходимость санации магистральных вен, когда нет эффекта от проводимой терапии и развивается гнойный тромбоз, в том числе и с вовлечением в воспалительный процесс окружающих тканей.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. А. Фахратов, С. М. Расулов, Ш. С. Норжузиев
г. Самарканд

Нами обследованы в 1993—1999 гг. 68 больных в возрасте от 19 до 73 лет, у которых были диагностированы тромбозы глубоких вен. Причины были следующие: воспалительные заболевания органов малого таза и гениталий, в том числе у 4 больных после аборта, — всего у 28 больных, инфекции мягких тканей конечности, переохлаждения и травмы — у 21 больного, а также у 11 больных после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, в том числе у одного больного после ятрогенной перевязки подвздошной вены справа. У 5 больных опухоли малого таза (у 3 женщин), предстательной железы и мочевого пузыря у 2 больных, а также у 3 пожилых больных в послеоперационном периоде, инфаркт миокарда и тромбофлебит глубоких вен — у 2 больных.

Все больные обследованы общеклиническими методами исследования, также производились ультразвуковое сканирование и доплероиндикация, одному больному флебоскопия и флебография глубоких вен, а также легочной артерии. У последнего больного после сеанса гемосорбции по поводу скрытой шизофрении, осложненного тромбоэмболией легочной артерии (при тромбозе подключичной вены), больному срочно была произведена успешная эндоваскулярная тромболитическая терапия с хорошим результатом, однако в последующем развился тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. После комплексной консервативной терапии имеются признаки компенсированной хронической венозной недостаточности. У 47 больных после активной консервативной комплексной фибрино- и тромболитической терапии отмечены относительно хорошие результаты лечения. В случаях белой, а также синей флегмазии у 17 больных наряду с комплексной консервативной терапией была произведена также фасциотомия в области голени у 15 и в области бедра — у 2 больных. В отдаленном периоде после развития посттромбофлебитического синдрома 11 больным сделаны плановые оперативные вмешательства по типу операции Пальма (при подвздошном варианте) и расширенной операции Линтона (при ПТФС голени и бедра) с хорошими отдаленными результатами.

От тромбоэмболических осложнений умерли 5 больных, двое больных — после аборта с пристеночным тромбозом без выраженных клинических симптомов со стороны глубоких вен нижних конечностей (при скрытом тромбозе с флотирующими тромбами) перед выпиской из стационара.

Таким образом, ранняя диагностика и своевременное комплексное лечение, в том числе своевременная фасциотомия, являются профилактикой грозных осложнений при тромбозе глубоких вен нижних конечностей.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН ФРАКЦИОНИРОВАННЫМ ГЕПАРИНОМ — ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Ал. Ан. Фокин
г. Челябинск

Основным элементом лечения острого тромбоза глубоких вен (ОТГВ) нижних конечностей в стационаре является гепарин. В случае отказа пациента от госпитализации эффективность лечения и профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) уменьшается из-за невозможности лечения гепарином. Амбулаторное лечение гепарином чревато серьезными осложнениями. Известны достоинства фракционированных гепаринов (ФГ) — высокая антитромботическая активность и минимальный риск геморрагий. Это создает условия для их амбулаторного использования.

В 1996—1999 гг. 18 пациентов с ТГВ нижней конечности (подвздошно-бедренного региона — 3, ниже паха — 15) отказались от стационарного лечения и прошли курс амбулаторного лечения ФГ-фраксипарин («Санофи», Франция) под кожу живота 0,5—0,8 мл 2 раза в сутки. Исходно выполнялось доплеровское исследование глубоких вен, определение показателей крови, в том числе уровня тромбоцитов. Пациенты получали также таблетированные венотоники, препараты никотиновой кислоты, аспирин и антигистаминные средства. Постельный режим рекомендовали как обязательный. Ход лечения контролировал поликлинический персонал. Контроль показателей свертывания крови производился только в конце лечения. У всех больных отмечен регресс венозных нарушений. Случаев ТЭЛА и кровотечений не было. Количество тромбоцитов существенно не изменялось.

Мы полагаем, что эффективное и безопасное лечение ОТГВ с помощью ФГ возможно при отсутствии ТЭЛА, тяжелой артериальной гипертензии, исходной тромбоцитопении. Между тем амбулаторное лечение ОТГВ должно быть редкой и вынужденной мерой. Традиционные взгляды на ОТГВ нижних конечностей в пересмотре нуждаются.

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ

С. А. Шишкин

г. Ижевск

Произведено 1464 катетеризации *v.subclavia*, при этом клинически тромбофлебитические осложнения диагностированы у 26 больных (1,78%), в т. ч. тромбоз — у 14 (0,96%), тромбофлебит — у 12 (0,82%). Консервативное лечение осложнения не всегда эффективно — у 3 пациентов в отдаленные сроки выявлялись симптомы хронической венозной недостаточности.

С учетом клинических проявлений внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) применили метод в лечении больных с посткатетеризационными тромбофлебитическими осложнениями. У 7 человек ВЛОК в сочетании с инфузионной и симптоматической терапией начинали сразу после диагностики осложнения; у 2 — с симптомами хронической венозной недостаточности в отдаленные сроки после катетеризации.

Использовали гелий-неоновый лазер ЛГ-75 с юстировочным устройством и световодной насадкой. Мощность излучения на торце световода 5–6 мВт; 5–6 сеансов на курс, при ежедневном однократном облучении крови; длительность процедуры 40 мин. (в настоящее время — 20 мин.). Применяли экзогенные антиоксиданты — витамин Е, аэвит.

Осложнений при лазеротерапии не было. На фоне ВЛОК купировались явления флебита, уменьшались болевой синдром и отечность, снижалась температура тела. У 2 больных с тромбозом *v.subclavia* после курса ВЛОК при флебографии отмечено образование коллатералей.

Анализ лабораторных данных свидетельствовал о снижении токсичности плазмы, отмечалась активация гипокоагуляционных изменений.

У одной больной с тромбозом *v.subclavia* с хорошим результатом применили ВЛОК в сочетании с инфузией гипохлорита натрия через венозный катетер. У 2 пациенток с плохо выраженными периферическими венами явления флебита внутренней яремной вены были купированы после курса лазеротерапии рассеянным лучом на область сосудистого пучка шеи.

В отдаленные сроки у этой группы больных не отмечено признаков хронической венозной недостаточности.

Малозффективными оказались повторные курсы ВЛОК у двух больных с флеботромбозом, явлениями хронической венозной недостаточности в отдаленные сроки (через 2 года; 1 мес.) после катетеризации *v.subclavia*.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕНАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Ц. Буткевич, А. П. Чадасев, А. Е. Тягунов

г. Москва

Нами в эксперименте на 28 беспородных собаках обоего пола массой 16–32 кг произведена трансплантация сегмента бедренной или яремной вены с клапаном в бедренную вену. Состояние трансплантата изучено в сроки до 22 месяцев после операции с помощью флебографии, электромагнитной флоуметрии, электронной и световой микроскопии.

Установлено, что наиболее выраженные альтеративные изменения трансплантата развиваются на протяжении первых 14 суток. В эти сроки имеется значительная инфильтрация всей стенки вены сегментоядерными лейкоцитами, выраженное полнокровие сосудов микроциркуляторного русла, десквамация эндотелия. К 2 месяцам в трансплантате отмечается некоторая мозаичность повреждения: эндотелий несколько набухший, располагается на утолщенной, набухшей базальной мембране. На отдельных участках базальная мембрана оголена, эндотелий десквамирован. В субэндотелиальном отделе рыхлая волокнистая соединительная ткань умеренно отечна, инфильтрирована единичными лимфогистиоцитарными элементами. К 4 месяцам после пересадки эндотелий покрывает всю внутреннюю поверхность пересаженной вены. Эндотелиоциты умеренно увеличены в объеме. Цитоплазма некоторых из них умеренно вакуолизирована. Базальная мембрана эндотелия несколько разрыхлена, утолщена. Адвентициальная оболочка представлена рыхлой соединительной тканью, сосуды ее умеренно полнокровны. Через 6 месяцев после трансплантации морфологическое строение пересаженной вены становится близким к норме. Таким образом, в сроки до полугодия сохраняются структурные изменения трансплантата, способствующие его тромбозу, что и было выявлено нами у 2 собак в сроки от 2 до 4 месяцев после операции. Следовательно, продолжительность антикоагулянтной терапии в комплексе с другими мероприятиями, направленными на профилактику тром-

боза после реконструктивных операций на венозной системе нижних конечностей, должна продолжаться не менее 6 месяцев.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. Э. Гужин, А. А. Фокин, Л. А. Орехова, П. И. Ефремов, А. Я. Фортыхин
г. Челябинск

Нами изучены непосредственные результаты профилактики ТГВ у 2833 больных гинекологического отделения, подвергшихся оперативному лечению в период с 1992 по 2000 год. Выполнено 1735 (61,2%) традиционных и 1098 (38,8%) эндоскопических вмешательств. Традиционные операции производились по поводу воспалительных tuboовариальных образований, миом матки больших размеров и смещений полового аппарата. Эндоскопические вмешательства выполнялись при бесплодии, миоме матки сроком до 10 недель и патологии придатков матки. Средний возраст больных составил 48 лет. Все больные в зависимости от тромбогенного риска разделены на 3 группы. Объем профилактических мероприятий в каждой из них был различным. У больных с низким тромбогенным риском использовали эластические компрессионные чулки или бинтование эластичным бинтом нижних конечностей с ранней активизацией в послеоперационном периоде. Профилактику тромбоза у больных с умеренным риском дополняли применением аспирина и декстранов во время и после операции. У части больных с высоким тромбогенным риском в дополнение к вышеизложенному применяли мини-дозы гепарина или низкомолекулярный гепарин.

При наличии варикозного расширения вен проводилось вмешательство на венах. При этом предпочтение отдавали стволовой склеротерапии, что незначительно отдаляло сроки проведения гинекологической операции.

За восемь лет наблюдений ТГВ был установлен у 22 (0,8%) больных (все — из групп умеренного и высокого тромбогенного риска), причем тромбоз вен голени выявлен у 18 больных, а проксимальный тромбоз — у 4 больных. При кавографии эмбологенный характер тромбоза установлен у 3 больных, им имплантирован каво-фильтр. Всем больным с подозрением на ТГВ проводили гепаринотерапию. Массивная ТЭЛА, послужившая причиной смерти, зарегистрирована у одной больной. Общая летальность от ТЭЛА составила 0,04%, а в структуре смертности — 20%.

Анализируя полученные материалы, можно сделать вывод, что проведение профилактики ТГВ у больных, подвергшихся оперативному вмешательству, должно проводиться всем пациентам с учетом степени тромбогенного риска и включать в себя механические и фармакологические методы защиты. Более широко необходимо применять низкомолекулярный гепарин у больных с умеренным и высоким риском тромбообразования, что несомненно должно снизить частоту ТГВ и ТЭЛА.

НОВЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г. Ц. Дамбаев, Г. Е. Соколов, А. Г. Соколов, В. В. Новицкий, Н. В. Рязанцева
г. Томск

Многие современные исследователи придают существенное значение в патогенезе ишемических расстройств при хронических облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) тромбозам компенсированным и субкомпенсированным стенозам артерий, что сопровождается острой окклюзией сосуда и острой гипоксией соответствующего региона, болью и спазмом регионарных артерий.

В клинике были проведены исследования системы гемостаза у 242 больных ХОЗАНК и 50 здоровых добровольцев с последующим корреляционным анализом полученных результатов. Проведенные исследования показали, что у больных ХОЗАНК уже при I-IIA ст. ишемии развивается тромбофилическое состояние, которое характеризуется снижением содержания антитромбина III (АТ III) в крови до 83% уменьшением тромбоэластографического индекса J на 32,7% и увеличением индекса агрегации эритроцитов на 119%. При IIB-IIIА ст. ишемии содержание АТ III в крови снижается до 73%, индекс J уменьшается на 31,4%, а индекс агрегации эритроцитов увеличивается на 295%. Такие сдвиги в системе гемостаза характерны для хронического, латентно протекающего диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. При критической ишемии нижних конечностей (КИНК) дефицит АТ III в крови достигает 57,6%, индекс J уменьшается на 53,4%, а индекс агрегации эритроцитов увеличивается на 338%, что характерно для прогрессирующего ДВС-синдрома с переходом его из 1-й во 2-ю фазу.

Электронно-микроскопическое исследование эритроцитов периферической крови показало, что у пациентов с IIB-IIIА степенью ишемии и КИНК на фоне достоверного снижения содержания дискоцитов отмечалось многократное увеличение коли-

чества трансформированных клеток, находящихся на различных стадиях дегенерации — переходных форм — в 1,5 раза, предгемолитических — в 3 раза и дегенеративных — в 9 раз по сравнению с контрольной группой. При этом корреляционный анализ выявил статистическую взаимосвязь между изменениями количества трансформированных эритроцитов и индекса агрегации эритроцитов J_a ($r = 0,99$), с одной стороны, и тромбоэластографического индекса J — с другой ($r = 0,92$). Эти данные свидетельствуют об усилении агрегационных свойств эритроцитов с нарушенной поверхностной архитектурой и их влиянии на гемостатические свойства крови. Отмечена также корреляция между маркерами ишемической интоксикации (лактат и КФК) и показателями гемостаза, что указывает на несомненно высокую роль интоксикации организма продуктами метаболизма ишемизированных тканей в развитии нарушений системы гемостаза.

Выявленные изменения системы гемостаза у больных ХОЗАНК свидетельствуют о развитии прогрессирующего ДВС-синдрома, признаки которого достигают максимального выражения при КИНК. Одной из причин нарушений системы гемостаза является интоксикация продуктами метаболизма ишемизированных тканей, которая способствует нарушению поверхностной архитектуры эритроцитов и повышению их агрегации. Следовательно, для профилактики тромбоэмболических осложнений необходима дезинтоксикация, элиминация дегенеративных форм эритроцитов (например, методом плазмафереза) и коррекция уровня АТ III путем переливания свежзамороженной плазмы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ТРОМБОЗА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. З. Загидов, А. М. Загидова, М. Ш. Шарипудинов, С. А. Цахаев
г. Махачкала

Профилактика тромбоза вен нижних конечностей и таза в акушерстве и гинекологии является актуальной проблемой в теоретическом и практическом плане. Известно, что фоном для тромбоза являются массивные гемотрансфузии, обширная раневая поверхность, варикозное расширение вен, флебэктазии, эмболические осложнения при преждевременной отслойке плаценты, что встречается при патологических родах и обширных операциях на органах малого таза. Это подтверждается диагностируемым у каждой четвертой больной посттромбофлебитическим синдромом (ПТФС), связанным с родами и перенесенными операциями на органах малого таза. Несмотря на это, мы не располагаем точными статистическими данными о частоте острых фаз этой патологии у рожениц, так как диагностика их в послеродовом периоде трудна.

Нами анализированы начальные проявления, сроки диагностики, предшествующие, сопутствующие заболевания и родовые осложнения у 107 женщин с ПТФС. Параллельно с этим были изучены медицинские документы, выданные роженицам с ПТФС при выписке из роддома.

Установлено, что нормальные роды имели место у 77 (72,0%) женщин, кесарево сечение перенесла 31 (29,0%), из них в связи с наличием патологического расположения плода: поперечного — у 8 (25,8%), ягодичного — у 7 (22,8%), наличием узкого таза — у 6 (19,3%), перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости — у 6 (19,3%) и слабости родовой деятельности — у 4 (12,8%) рожениц.

Анализ нашего материала, включающего 107 случаев ПТФС, развившегося после родов, показал, что 81 (75,0%) беременная до родов лечилась по поводу сопутствующих заболеваний: из них обострения хронического тонзиллита — 26 (32,1%), ОРЗ — 29 (35,8%), пневмонии — 3 (3,7%), находились на учете в тубдиспансере — 5 (6,2%) рожениц и накануне родов перенесли аппендэктомию 17 (21,0%) рожениц.

Помимо перенесенных заболеваний у 71 (65,7%) беременной была установлена выраженная патология вен нижних конечностей, флебэктазия развивалась при беременности у 64 (59,3%), страдали варикозным расширением вен 7 (6,5%), и только 13 (12,0%) женщин считали себя относительно здоровыми.

Начальными проявлениями тромбоза вен были боли в икроножных мышцах у 51 (47,2%), отек всей конечности у 12 (11,1%), распирающие боли верхней трети бедра у 6 (5,6%), неопределенные боли в области таза у 6 (5,6%) и пальпировались шнуровидные уплотнения по ходу подкожных вен голени и бедра у 23 (21,3%) женщин. У всех последних 23 женщин в последующем присоединился отек голени и бедра, что явилось основанием для постановки диагноза тромбофлебита подкожных вен голени. Эти больные полноценного тромболитического и антикоагулянтного лечения не получали. За специализированной помощью обращались поздно с различными формами ПТФС.

Среди наблюдавшихся нами больных трофических язв нижних конечностей, характерных для запущенных форм ПТФС, не было. Но у 11 женщин отмечалась пигментация кожи.

В последние 2 года в роддоме № 3 г. Махачкалы проведены меры профилактики тромбоза нижних конечностей у 126 рожениц, имевших риск развития последнего. При этом учитывались индивидуальные особенности конкретной роженицы, так как для применения в акушерской практике наиболее распространенного и эффективно-

го антикоагулянта прямого действия — гепарина — имеется ряд противопоказаний. Он не может быть использован при состояниях, сопровождающихся увеличением потребления антитромбина III, ДВС-синдроме, сепсисе, массивных кровопотерях, нефротическом синдроме, а также печеночной и дыхательной недостаточности. Мы также отказались от введения гепарина в малых дозах для профилактики тромбоза вен. Его необходимо вводить по классической схеме (10000 ед. внутривенно и через 5 часов — по 5000 ед. внутримышечно).

При проведении профилактики тромбоза вен все 126 женщин с риском его развития были разделены на 3 группы. В первую вошли 43 (34,1%) роженицы с флебэктазией, развивавшейся в последние 3 месяца беременности, и с избыточным весом, без установленной патологии желудка, двенадцатиперстной кишки. Они получали аспирин по 0,5 три раза в день с молоком. Вторая группа включала 62 (49,2%) роженицы с выраженной флебэктазией и варикозным расширением вен нижних конечностей, которые имели противопоказания к применению ацетилсалициловой кислоты. Они получали гепарин в общепринятом способе введения и дозе. Третью группу составляют 21 (16,0%) роженица с оперативным родоразрешением, массивными кровопотерями и гемотрансфузией. С целью профилактики тромбоза им вводили низкомолекулярные декстраны отечественного и зарубежного производства. Все женщины с риском тромбоза нижних конечностей пользовались эластичным бинтованием.

Наблюдение за этими больными показало, что при проведении профилактических мер с учетом индивидуальных особенностей рожениц и применении антикоагулянтов и дезагрегантов по показаниям удается уменьшить количество тромбозов вен нижних конечностей. В этой группе рожениц острые тромбозы были диагностированы только у 4 (20,0%). ПТФС с незначительным отеком нижней конечности наблюдались у 6 (30,0%) женщин. Из них у 5 женщин острый тромбофлебит не был диагностирован в роддоме. Он развивался дома, и больная не получала лечения. ПТФС у одной женщины, развившийся от неполноценного лечения, проявлялся в виде отеков нижних конечностей без болевого синдрома и трофических расстройств.

Следовательно, профилактические меры тромбоза вен нижних конечностей у рожениц необходимо проводить индивидуально, с учетом особенностей конкретной больной и подбором медикаментов.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

П. П. Коваленко, М. Ф. Черкасов, В. К. Татьянченко, С. В. Перескоков,
В. Е. Колесников, Ю. М. Старцев
г. Ростов-на-Дону

Венозный тромбоз и тромбоэмболия легочной артерии являются общими послеоперационными осложнениями. По данным флебографии и тестам на захват J_{125} -меченого фибриногена, частота встречаемости тромбоза глубоких вен у больных старше 40 лет, подвергшихся общехирургическим операциям, составляет 20–30%.

В клинике абдоминальной хирургии Ростовского государственного медицинского университета за период с 1985 по 2000 г. выполнено 8912 общехирургических операций. Всем больным проводилась неспецифическая профилактика послеоперационных тромбозов и эмболий путем эластической компрессии нижних конечностей, лечебной и дыхательной гимнастики, пассивной флексии стоп, ранней активизации больных в послеоперационном периоде, применения дезагрегантов и низкомолекулярных декстранов.

При высоком риске тромбоэмболических осложнений (пожилой возраст больных, длительный постельный режим в пред- и послеоперационном периоде, наличие онкологических заболеваний, ожирение, варикозное расширение вен нижних конечностей, тяжелые хронические заболевания, травматичность и длительность оперативного вмешательства) проводилась специфическая профилактика послеоперационных тромбозов и эмболий гепарином. За два часа до операции подкожно вводилось 5000 ед. гепарина, инъекции в такой же дозе повторялись через 12 часов в течение 5–7 суток послеоперационного периода.

Однако у 49 пациентов (0,55%) наступила массивная тромбоэмболия легочной артерии, приведшая к летальному исходу. 24 из 49 умерших пациентов (49,0%) оперированы в порядке скорой помощи, 29 больных (59,2%) страдали онкологическими заболеваниями, у 30 пациентов (61,2%) имелось ожирение, у 12 (24,5%) — варикозное расширение вен нижних конечностей.

Клиническая картина тромбоза глубоких вен голени отмечена в послеоперационном периоде у 12 больных (0,13%). При этом необходимо подчеркнуть, что истинная частота тромбозов глубоких вен голени, по-видимому, гораздо выше — учитывались случаи только клинически выраженного тромбоза.

С 1994 г. в РГМУ организован Центр эндохирургии, в котором в течение пяти лет произведено 1620 видеоэндохирургических оперативных вмешательств. Тромбоэмболия легочной артерии явилась причиной смерти одной больной, оперированной по поводу хронического калькулезного холецистита (0,06%), в трех наблюдениях в пос-

леоперационном периоде развилась клиническая картина тромбоза глубоких вен голени (0,19%).

Применение видеоэндохирургической техники позволяет снизить риск развития фатальных тромбозов легочной артерии за счет меньшей травматичности операций, более ранней активизации больных в послеоперационном периоде.

В последнее время (с 1998 г.) у 57 больных с умеренным и высоким риском тромбозомболических осложнений (по классификации Hirsch J., Hoak J., 1996) для специфической профилактики послеоперационных тромбозомболических осложнений мы применяли низкомолекулярные гепарины (фраксипарин, клексан). К сожалению, относительно высокая стоимость этих препаратов не позволяет использовать их во всех необходимых случаях.

Развития тромбозомболий легочной артерии и венозных тромбозов при применении низкомолекулярных гепаринов не наблюдалось, мы не отмечали также осложнений, связанных с введением указанных препаратов.

Таким образом, использование видеоэндохирургической техники позволяет уменьшить риск развития в послеоперационном периоде тромбозомболий легочной артерии. При умеренном и высоком риске тромботических осложнений оптимальным способом специфической профилактики является применение низкомолекулярных гепаринов.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

О. А. Краснов, В. В. Павленко, Д. Н. Греков
г. Кемерово

За период с 1994 по 1998 гг. в отделении общей хирургии ЦГКБ № 3 г. Кемерово на органах брюшной полости оперировано 4798 больных. Хирургическую помощь этим больным оказывали в плановом (36%) и экстренном (64%) порядке. Выделяли группы среднего и высокого риска развития ТГВНК и тромбозомболии легочной артерии (ТЭЛА). У каждого из этих больных выявлен один или несколько предрасполагающих факторов: тяжелые сопутствующие, в том числе онкологические заболевания, возраст более 60 лет, тромбозомболии в анамнезе, обширные полостные операции, сердечная недостаточность и др. Профилактику послеоперационного ТГВНК и ТЭЛА проводили, применяя стандартный (не фракционированный) гепарин (5 тыс. ед. 2 раза в день) или низкомолекулярный гепарин (фраксипарин) в фиксированных малых дозах, механокомпрессию эластическими бинтами (длинной растяжимости). Длительность профилактики колебалась от 7 до 21 дня (в среднем 8,4 суток). Летальных исходов, вызванных геморрагическими осложнениями, не было. Общая частота послеоперационной ТЭЛА, как причины смерти, составила 1,8%.

Применение современных медикаментозных методов профилактики ТГВНК способствует предотвращению послеоперационных тромбозомболических осложнений.

УФОК В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

В. Д. Меламед, Г. В. Меламед
г. Гродно

Основной способ лечения варикозной болезни — хирургический. После флебэктомии в послеоперационном периоде наиболее серьезными являются тромбозомболические осложнения, причины которых во многом обусловлены патологией первичного и вторичного гемостаза. Кроме того, учитывая большую распространенность варикозной болезни и проводимые этому контингенту больных различные многочисленные оперативные вмешательства при гинекологических, урологических и других заболеваниях, обоснованы поиски новых эффективных, в том числе немедикаментозных, способов предотвращения тромбозов. В доступной нам литературе работ о применении УФОК у больных варикозной болезнью найдено не было.

У 17 больных варикозной болезнью в стадии суб- и декомпенсации исследовали кислородно-транспортную функцию крови (КТФК). Кровь брали путем пункции кубитальной вены и варикозно расширенной вены голени. До операции были отмечены изменения КТФК и микроциркуляции (показатели напряжения и содержания кислорода венозной крови были выше в варикозной вене, чем в кубитальной, что обусловлено артерио-венозным шунтированием пораженной конечности; кривая диссоциации оксигемоглобина (КДО) крови из варикозной вены была смещена вправо относительно хода КДО крови локтевой вены), тенденция к гиперкоагуляции различной степени выраженности. Это послужило основанием применения УФОК, учитывая механизмы его лечебного действия, в пред- и послеоперационных периодах у этих больных.

У 11 больных была выполнена флебэктомия по поводу варикозной болезни. Предоперационная подготовка состояла в проведении двух сеансов фотомодификации крови (1-й сеанс проводился в день поступления), методика проведения которых

заклучалась в следующем: для забора и возврата крови использовали кубитальную вену; кровь больных из расчета 1—2 мл/кг облучали УФ-лучами с помощью аппарата «Изолюда» МД 73М, общее время облучения составило 12—15 минут. Отмечен мягкий гипокоагуляционный и антиагрегационный эффект УФОК, что выражалось нормализацией параметров гемостаза.

Так как основная часть флеботромбозов развивается во время и в первые трое суток после операции, с целью их предупреждения на вторые, третьи и четвертые сутки после операции проводились аналогичные сеансы УФОК. Из медикаментов в послеоперационном периоде вводились только анальгетики. Показатели свертывающей системы были в пределах нормы. Параметры кислотно-щелочного состояния, лабораторных общеклинических и биохимических тестов под воздействием УФОК существенных изменений не претерпевали. Осложнений в виде флеботромбозов глубоких вен не было. Повышенной кровоточивости тканей во время операции не регистрировалось, гематом в местах экстракции вен не наблюдалось. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, среднее пребывание больных в стационаре составило 7—9 дней.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В. Ю. Мишин, Е. В. Бабанова, А. П. Квезерова
г. Москва

В хирургическом отделении госпиталя ГУВД за 1990—1999 гг. в послеоперационном периоде у 3410 больных, оперированных по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, грыж передней брюшной стенки и варикозной болезни нижних конечностей, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) наблюдалась у 9 больных, что составило 0,26% от числа оперированных. Мужчин было 8, женщин — 1. Возраст больных колебался от 50 до 85 лет (в среднем 72,1 года). В результате данного осложнения умерли 7 пациентов, 2 — с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии выжили.

Характер предшествовавших операций был следующим: холецистэктомия по поводу хронического холецистита — 3 больных, холецистэктомия по поводу деструктивного холецистита — 1, грыжесечение с резекцией тонкой кишки по поводу ущемленной грыжи — 1, плановое грыжесечение по поводу паховой грыжи — 1, наложение гастроэнтероанастомоза по поводу паховой грыжи — 1, наложение гастроэнтероанастомоза по поводу рака желудка — 1, лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки по поводу панкреонекроза — 1, лапаротомия по поводу тромбоза мезентериальных сосудов с тотальной гангреной тонкой кишки — 1.

При наличии лабораторных признаков гиперкоагуляции до операции выполняли коррекцию показателей коагулограммы и уровня протромбина внутривенными введениями реополиглобина, свежезамороженной плазмы, лечением непрямыми антикоагулянтами. В качестве неспецифической профилактики ТЭЛА всем больным старше 50 лет, независимо от характера оперативного вмешательства, назначали бинтование нижних конечностей эластическим бинтом, раннюю активизацию пациентов, массаж и лечебную физкультуру.

Для профилактики ТЭЛА у плановых больных мы выделяли группу риска, в которую включали пациентов старше 50 лет, страдающих нарушением жирового обмена, онкологическими заболеваниями, сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (в особенности нарушениями сердечного ритма), варикозной болезнью и наличием в анамнезе тромбоза вен конечностей. Таким пациентам, независимо от нормальных показателей коагулограммы, назначали гепарин по 5 тыс. ед. п/к через 5 часов после окончания операции 4 раза в сутки. Сигналом для уменьшения суточной дозы гепарина в 2 раза считали стойкое увеличение ВСК в 2—2,5 раза выше нормы. С этого момента к лечению подключали фенилин по 0,06 г в сутки, под прикрытием которого на вторые сутки отменяли гепаринотерапию. Прием фенилина продолжался до показателей протромбинового индекса 60—70%.

К ПРОБЛЕМЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

В. Т. Пекарский, В. А. Гольбрайх, М. Ю. Герусов, Ю. В. Кухтенко
г. Волгоград

Неуклонный прогресс хирургии, к сожалению, все еще сопровождается послеоперационными осложнениями, одним из которых является тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей, развивающийся в среднем у 14—59% больных и приводящий нередко — до 8—11% — к фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Такое положение требует адекватной реакции — соответствующей профилактики и лечения.

Несомненно, предпочтение должно быть отдано профилактическому направлению.

Нами установлена (на 200 больных общехирургического профиля) возможность развития венозных тромбозов нижних конечностей уже на операционном столе во время операций под наркозом с миорелаксантами, о чем косвенно подтверждает резкое замедление венозного кровотока (в 4–5 раз от нормы) и повышение венозного давления в 3 раза. Это положение в последующем достоверно подтверждено исследованиями с меченым фибриногеном. Поэтому их профилактика должна начинаться на операционном столе у всех больных и продолжаться до момента активизации больного.

Наш метод профилактики, который мы применяем с 1980 г., заключается в проведении управляемой интермиттирующей пневмокомпрессии голени, как бы заменяющей естественную мышечно-венозную помпу, отключенную миорелаксантами во время операции. Механизм ее действия заключается в ликвидации венозного стаза в нижних конечностях путем ускорения венозного кровотока в 4–5 раз и локальном повышении фибринолитической активности крови на 30–40% по отношению к соответствующим интраоперационным показателям без пневмостимуляции венозного кровотока. Таким образом разрывается патогенетическая цепь образования флелотромбозов в нижних конечностях.

Применением данного метода удалось снизить частоту послеоперационных ТГВ с 7–8% (установленных по клиническим признакам и данным патологоанатомических вскрытий) до 0,6–0,7%.

На основании изложенного мы рекомендуем данный метод (не исключая при этом других) как абсолютно безопасный, простой, физиологически эффективный метод профилактики ТГВ, а соответственно и ТЭЛА.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОФЛЕБИТА И ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. А. Пугин
г. Рязань

Наш более 20-летний опыт хирургического лечения больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей позволяет высказаться о более осторожном подходе к выбору методики корригирующей операции и места ее выполнения.

Радикальные операции на овальной ямке, венэктомия по Бебкокку произведены у 687 больных, причем рецидив наблюдался у 32. Радикальная операция на овальной ямке с электрокоагуляцией поверхностных вен имела место у 192 больных с рецидивом у двоих. Венэктомия поверхностных вен с субфасциальной перевязкой коммуникантов осуществлена 591 больному с рецидивом у 16. Венэктомия поверхностных вен с субфасциальной перевязкой коммуникантов и вневенной коррекцией клапанов глубоких вен произведена 32 больным. Рецидивов не отмечено.

Тщательное обследование больных, страдающих возможной болезнью, с использованием объективных методов оценки кровотока по различным венозным системам нижних конечностей позволяет более чем в 50% наблюдений выявить патологию глубоких и коммуникантных вен. Очевидно, что хирургическое вмешательство, ликвидирующее извращенный кровоток только по поверхностным венам, стойкого эффекта не достигнет. В этой группе больных требуется коррекция нарушенного кровотока по системе глубоких перфорантных вен. Такого типа оперативные вмешательства возможны только в стационарных условиях хирургами, имеющими опыт сосудистой хирургии.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЗОВ В ХИРУРГИИ ВЕН

В. В. Сабельников, Ю. М. Стойко, Е. В. Шайдаков
г. Санкт-Петербург

Острый венозный тромбоз по-прежнему является наиболее частым и грозным осложнением ХВН. Патологический рефлюкс в системе подкожных и глубоких вен, нарушение функции «мышечно-венозной помпы», гиперкоагуляция и гипервязкостный синдром, повреждение венозного эндотелия — вот слагаемые тромботических осложнений. Определенное значение в настоящее время приобретают наследственные факторы риска тромбообразования: дефекты генов фактора V, фактора II и гена MTHFR с 677T, выявляемые у ряда пациентов с болезнями вен. В связи с этим в перечень диагностических тестов помимо исследования веноархитектоники и гемодинамики следует включать исследования системы коагуляции и генетического исследования.

Многолетний опыт лечения осложненных форм варикозной болезни и реконструктивной хирургии посттромботической болезни позволил нам использовать принципиальную схему профилактики тромботических осложнений:

1. Создание условий для нормализации венозного кровотока при ВБ-флебэктомии, перевязка перфорантов, экстравазальная коррекция клапанов (ЭВБК). Обеспечение удовлетворительного объемного кровотока при пластических и реконструктивных операциях в зонах сосудистых анастомозов и трансплантатов устранением путей

коллатерального оттока с необходимым градиентом венозного давления и скоростью тока крови. Восстановление функции «мышечно-венозной помпы» голени устранением горизонтального и вертикального рефлюкса крови — перевязкой перфорантов и обтурацией заднеберцовых вен.

2. Ранняя послеоперационная активизация пациента, восстанавливающая мышечный и сосудистый тонус и общую гемодинамику.

3. Антикоагулянтная терапия. Учитывая вспомогательное значение антикоагулянтов в хирургии вен, нами применяются профилактические дозы (от 7500 до 10000 МЕ в сутки) прямых антикоагулянтов. Однако наиболее оптимальными препаратами оказались низкомолекулярные гепарины (в частности, фраксин 2500 МЕ в сутки). Применение данного препарата у оперированных в нашей клинике больных в течение последних двух лет позволило избежать ранних послеоперационных осложнений у всех пациентов. Низкомолекулярным гепаринам следует отдавать предпочтение у всех больных с тромбозом, в связи с активизацией тромбоцитарной функции нефракционированным гепарином. Поэтому применение низкомолекулярных гепаринов в хирургии вен является перспективным направлением послеоперационной терапии.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Э. И. Солод, А. Ф. Лазарев, А. П. Николаев

г. Москва

Основываясь на анализе результатов как консервативного, так и разных оперативных способов лечения 479 пострадавших (средний возраст 82 года), находившихся в отделении травматологии ЦКБ с 1994 по 1998 гг. с переломами проксимального отдела бедренной кости, мы определили тактические принципы, позволяющие, на наш взгляд, успешно бороться с последствиями этой тяжелой в пожилом возрасте травмой.

Оперативное лечение осуществляем в срочном порядке всем пострадавшим, при этом способ оперативного лечения подбираем строго дифференцированно в зависимости от характера перелома. Активизацию больных начинаем на вторые сутки после операции, так как считаем это основной профилактикой как гипостатических осложнений, так и венозных тромбозов и ТЭЛА.

Проведенное нами исследование показало прямую зависимость частоты венозных тромбозов и ТЭЛА от длительности обездвиженности пациентов. При консервативном ведении венозные тромбозы возникали у 84% пациентов, при активном хирургическом лечении — у 19%. При этом всем больным назначалась с момента госпитализации дезагрегантная терапия, включающая трентал, аспирин, эскузан и инфузию реополиоглюкина.

Проведенное у 40 оперированных больных профилактическое лечение низкомолекулярным гепарином полностью не исключило вероятность возникновения венозных тромбозов: у 4 больных на 12–14-е сутки после операции был диагностирован венозный тромбоз. Эти больные отличались малоподвижностью после операции вследствие ряда сопутствующих заболеваний. В этой связи мы считаем, что профилактика возникновения венозных тромбозов специфической медикаментозной терапией неэффективна без ранней активизации пациентов.

Активная хирургическая тактика при лечении переломов проксимального отдела бедра у пожилых больных позволила нам избежать гипостатических осложнений, уменьшить общую летальность с 18% до 6% (основной причиной которой являлась ТЭЛА — в 54% случаев), а также сократить пребывание пожилых больных в стационаре до 18 дней.

ВЛИЯНИЕ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА НА ВЕНОЗНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ю. Г. Старков, Г. И. Кунцевич, К. В. Шишкин, И. Е. Тер-Хачатурова

г. Москва

Как показал опыт последних лет, внедрение лапароскопической технологии, несмотря на щадящий характер этих операций, не привело к снижению частоты тромбозомболических осложнений (ТЭО).

Цель нашего исследования заключалась в определении значения пневмоперитонеума (ПП) и положения больного на операционном столе как факторов, способствующих развитию ТЭО, на основании изучения характера венозной гемодинамики нижних конечностей.

У 50 пациентов проведен интраоперационный ультразвуковой дуплексный мониторинг с изучением характера кровотока по общей бедренной, подколенной и задней большеберцовой венам. Фиксировали линейную скорость кровотока, характер кровотока (синхронизацию с дыханием), площадь сечения вены, рефлюкс крови по бедренной вене и ее притокам.

Было установлено, что при повышении давления в брюшной полости до 5–6 мм рт. ст. начинает снижаться скорость кровотока по бедренной вене, отмечается расширение вены. При показателях ПП 8–10 мм рт. ст. появляются изменения в характере кровотока — изменяются синхронизация с дыханием — кровоток становится монофазным, скорость кровотока уменьшается, вена продолжает расширяться. Дальнейшее повышение давления в животе до 12–14 мм рт. ст. приводит к резкому уменьшению кровотока. У 20% пациентов возникает временный стаз крови в бедренной вене. Однако через несколько минут кровоток частично восстанавливается, скорость его составляет около 30% от исходного значения, синхронизации с дыханием нет. При повышении давления до 14–16 мм рт. ст. у 13% пациентов отмечали рефлюкс крови в верхние притоки большой подкожной вены.

Перевод пациента в положение Фовлера 30° при давлении в брюшной полости 12 мм рт. ст. приводит к снижению пиковой скорости кровотока в бедренной вене почти в два раза.

При снятии ПП регистрировали резкое возрастание потока крови по вене, уменьшение диаметра вены на 4–6 мм с восстановлением исходных показателей кровотока в течение 3–10 минут.

При исследовании кровотока по подколенной и задней большеберцовой венам не наблюдали стаза крови при наложении ПП и придании пациенту положения Фовлера. Скорость кровотока в подколенной вене сохранялась не ниже 50% от исходного значения.

На основании проведенного исследования установили, что создание ПП и придание больному положения Фовлера на операционном столе кардинальным образом изменяет кровоток в венах нижних конечностей. При этом выраженные количественные и качественные признаки нарушения венозного оттока отмечаются в бедренной вене.

Полагаем, что нарушение венозного оттока из нижних конечностей при лапароскопических операциях можно расценивать как дополнительный патофизиологический фактор, способствующий возникновению тромбозмболических осложнений.

С целью интраоперационной коррекции нарушений венозного оттока мы предлагаем использовать управляемый ПП: переменный ПП, когда давление в брюшной полости снижается до 0 мм рт. ст. каждые 15–20 минут операции; у больных с высоким риском ТЭО — мониторируемый ПП, когда оптимальный уровень давления в брюшной полости определяется на основании данных ультразвукового интраоперационного мониторинга, позволяющего исключить венозный стаз и патологическое растяжение венозной стенки, что, по нашему мнению, позволит уменьшить количество ТЭО при лапароскопических операциях.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В. П. Стрекаловский, Ю. Г. Старков, К. В. Шишин
г. Москва

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского РАМН разработана и применяется дифференцированная система профилактических мероприятий, направленных на предотвращение венозных тромбозмболических осложнений (ТЭО). Проведя анализ факторов риска ТЭО, как общеклинических, так и специальных, связанных с патологическим нарушением венозного кровотока, мы разделили пациентов на 4 группы риска.

Учитывая многофакторность процесса тромбообразования в венах нижних конечностей и объективные трудности учета всех факторов риска, профилактика ТЭО проводится всем без исключения.

Пациентам с минимальным риском применяются эластическая компрессия, положение Фовлера не более 20 гр., пневмоперитонеум не более 12–14 мм рт. ст., ранняя (1-е сутки) активизация.

При повышенном риске ТЭО помимо компрессии и ранней активизации применяются дезагреганты, медикаментозную коррекцию гиперкоагуляции, отказ от положения Фовлера на операционном столе, переменный пневмоперитонеум с уровнем давления не выше 10–12 мм рт. ст.

При высоком риске ТЭО помимо перечисленных выше мер обязательным является применение антикоагулянтов (низкомолекулярных гепаринов и малых доз гепарина), использование интраоперационного УЗ-мониторинга венозного оттока из нижних конечностей (мониторируемого пневмоперитонеума) и проведение операции на оптимальном уровне внутрибрюшного давления, не вызывающем грубых изменений венозного кровотока, послеоперационное УЗ-обследование вен в первые сутки после операции.

Особые меры профилактики мы применяем больным с нарушениями венозного оттока из нижних конечностей. Так, всем больным с заболеваниями вен обязательно проводим дуплексное ультразвуковое сканирование. При варикозной болезни первым этапом перед лапароскопической операцией либо одномоментно выполняется флебэктомия.

Группу с очень высоким риском ТЭО составляют больные, имеющие тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА) в анамнезе и глубокие венозные тромбозы. В этих случаях полагаем целесообразным либо отказ от лапароскопической операции в пользу традиционной, либо имплантацию кава-фильтра, антикоагулянтную терапию с последующей ЛО.

Пациентов с посттромботической болезнью относим к группе высокого риска ТЭО и осуществляем соответствующий комплекс профилактических мероприятий с обязательным проведением антикоагулянтной терапии низкомолекулярным гепарином.

Применяемая нами комплексная система мер профилактики ТЭО позволила за последние 5 лет полностью избежать венозных тромбозов и ТЭЛА после лапароскопических операций.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

А. В. Шапошников, Н. К. Гуськова, А. А. Перфилов

г. Ростов-на-Дону

Изучен многолетний опыт сплошной профилактики тромбоэмболий у 4350 больных, подвергшихся оперативному лечению по поводу различной патологии: холецистэктомии и операции на желчевыводящих путях при остром, хроническом холецистите и их осложнениях — 1850 чел.; резекции желудка при язвенной болезни и раке — 230; ваготомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 470; резекции тонкой и толстой кишок при ОКН — 140; аппендэктомии при остром аппендиците — 920; лапаротомии при травмах брюшной полости, остром панкреатите — 280; грыжесечении при грыжах различной локализации — 460.

Под местной анестезией оперирован 621 человек, остальные — под различными видами общего обезболивания.

Пациенты разделены на группы риска по системе Доманига:

А, низкий — 1392 больных (32,0%); Б, умеренный — 2567 (59,0%) и В, высокий — 391 (9,0%).

Изучались стандартные показатели свертывающей системы крови: коагулограмма, протромбиновый индекс, фибринолитическая активность плазмы и др., а также осложнения после операции (эмболии, тромбозы, тромбофлебиты, инфаркт-пневмония).

В группе А профилактика проводилась никотиновой кислотой — количество тромбофлебитов и тромбоэмболий составило 0,03%, в группе Б применялись гепарин + никотиновая кислота (количество осложнений — 0,2%), в группе В использовались две схемы:

а) гепарин + никотиновая кислота + диклофенак в течение 5 дней (334 чел.);

б) один из низкомолекулярных гепаринов — фрагмин, клексан или фраксипарин — 5 дней (57 чел.).

Количество тромбоэмболических осложнений в этих подгруппах составило соответственно 0,2 и 0,1%.

Выводы:

1) введение никотиновой кислоты и гепарина, в комплексе или отдельно, является надежным средством профилактики послеоперационных тромбозов и тромбоэмболий в группах низкого и умеренного риска;

2) фракционированные (низкомолекулярные) гепарины высоко эффективны особенно среди пациентов с высоким риском тромбоопасности;

3) для профилактики послеоперационных тромбозов и тромбоэмболий показано дифференцированное облигатное применение указанных средств.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

А. Н. Чугунов, Р. К. Джорджикия, М. А. Гайнанов, М. К. Давлиев

г. Казань

Мы провели изучение реологических показателей крови при различных величинах внутрибрюшного давления. Исследования показали, что при проведении операции с напряженным пневмоперитонеумом (НПП) к концу первых суток после операции развивается синдром повышенной вязкости крови. Нормализация показателей происходит лишь к 11-м суткам. В то же время использование низких цифр пневмоперитонеума (4–6 мм рт. ст.) не вызывает серьезных изменений со стороны как реологических показателей, так и со стороны центральной гемодинамики.

Анализ начального опыта 532 ЛХЭ при НПП показал наличие в четырех случаях тромботических осложнений, одно из которых сопровождалось летальным исходом. С 1995 года мы полностью отказались от НПП и применяем ЛХЭ с низкими цифрами внутрибрюшного давления (5 мм рт. ст.). Всего по указанной методике прооперировано 468 пациентов. Мужчин — 92; женщин — 376. Средний возраст составил 65 лет.

С 1998 года для уменьшения отрицательного влияния пневмоперитонеума, особенно у лиц с высоким операционным риском, лапароскопические операции выпол-

нием с лифтинговым вспоможением, сохраняя в брюшной полости давление в пределах 1—2 мм рт. ст.

Указанная тактика позволила избежать в послеоперационном периоде тромботических осложнений без дополнительной коррекции гемостаза. Опыт проведенных операций показал, что при адекватной релаксации создается достаточное пространство в брюшной полости для манипуляций.

Таким образом, снижение инсuffляции до предельно низких цифр обеспечивает минимальную операционную травму и позволяет избежать тромботических осложнений при лапароскопических операциях.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А. И. Хамидов, Р. Т. Меджидов, М. А. Алиев, М. З. Магомедов, М. А. Хамидов
г. Махачкала

Развитие хирургии, освоение малоинвазивных технологий, в частности лапароскопических оперативных вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости, ставит перед врачами и вопросы профилактики тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде. Учитывая разноречивость литературных данных по тромбоэмболическим осложнениям при малоинвазивных оперативных вмешательствах, мы решили провести сравнительный анализ системы гемостаза больных, перенесших традиционную холецистэктомию (ТХ) и лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

Всего обследовано 610 больных: ТХ выполнено 350 больным, ЛХЭ — 250 больным. Средний возраст в сравниваемых группах больных был почти одинаковым. Среди больных с ТХ он находился в пределах от 23 до 80 лет, а в группе больных с ЛХЭ — от 20 до 75 лет. Изучение свертывающей и антисвертывающей систем крови проводилось по следующим показателям: фибриноген, фибриноген В, протромбиновое время и протромбиновый индекс, толерантность плазмы к гепарину, время рекальцификации плазмы, этаноловый тест и т. д. и по срокам: до операции, через сутки после операции, перед выпиской.

В группе больных с ТХ показатели гемостаза находились в пределах нормы у 56% больных, состояние гиперкоагуляции отмечено у 41,7% пациентов и гипокоагуляция — 1,7% больных. Через сутки после операции определялось снижение количества пациентов с нормальными показателями гемостаза (до 18,3%) и соответственно увеличение больных с гиперкоагуляцией (до 81%). Перед выпиской показатели свертывающей и противосвертывающей системы мало отличались от дооперационных показателей. Случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей (клинически) было у 18% больных, тромбоэмболические осложнения отмечены у 1,7% больных. Показатели гемостаза в группе больных с ЛХЭ находились в пределах нормы у 51% больных, состояние гиперкоагуляции отмечено у 46% пациентов, и гипокоагуляции — 3%. Через сутки после операции имело место снижение количества больных с нормальными показателями гемостаза (до 21%) с одновременным увеличением количества больных с гиперкоагуляцией (до 74%). Показатели гемостаза в этой группе больных перед выпиской значительно не отличались от таковых до операции. Случаи тромбоза глубоких вен нижних конечностей были у 8% больных. Тромбоэмболические осложнения в этой группе больных не выявлены. Низкий процент тромбоэмболических осложнений в группе больных с ЛХЭ мы связываем с:

1. Малой травматизацией тканей;
2. Не продолжительностью наркоза и оперативного вмешательства;
3. Умеренным пневмоперитонеумом (до 10 мм рт. ст.) с периодическим снижением его до 5—6 мм рт. ст.

В связи с вышеизложенным нами до и после операции проводится комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику тромбоэмболических осложнений с учетом характера оперативного вмешательства:

1. Эластическое бинтование нижних конечностей;
2. Растирание нижних конечностей гепариновой мазью 2—3 раза в сутки;
3. Возвышенное положение конечностей во время операции и послеоперационном периоде;
4. Ранние активные движения в нижних конечностях в постели;
5. Ранняя активизация больных в послеоперационном периоде;
6. Медикаментозное улучшение реологических свойств крови;
7. Гепаринопрофилактика при тромбоопасных ситуациях.

К ВОПРОСУ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ц. С. Хутиев, А. М. Карсанов, И. Н. Шавлохов, Г. Н. Осипов, В. А. Кабисов
г. Владикавказ

Целью настоящей работы являлась выработка наиболее надежного способа профилактики тромбофлебитов (ТФ), флеботромбозов (ФТ) в бассейне нижней полой

вены у больных пожилого возраста, оперированных радикально по поводу раковых поражений желудка и толстой кишки.

Исследуемую группу составили 96 больных (39 из них — больные раком желудка) в возрасте от 50 до 84 лет. Женщин было 44 (45,8%). Для диагностики протромботических состояний проводилась оценка гиперкоагулябельности крови по степени полицитемии (по величине гематокрита, концентрации гемоглобина и количеству эритроцитов), повышенной вязкости плазмы крови и агрегационной активности эритроцитов (гиперпротеинемия, гиперфибриногенемия (>4 г/л), увеличение протромбинового индекса (100% и более), ускорение времени рекальцификации (<100 сек.).

Согласно цели исследования выделили три рандомизированные по основным качественным показателям группы больных: 1-ю группу (анализировалась ретроспективно) составили 42 больных, которым профилактика ФТ заключалась в проведении гемодилютантной терапии и физических способов; во 2-ю группу объединены 29 больных, которым наряду с используемыми выше мерами в раннем послеоперационном периоде проводилась прямая антикоагулянтная терапия гепарином в дозе 5000 ед. п/к через 6 часов, а также дезагрегантная терапия (реополиглюкин, курантил, трентал); в 3-й группе (25 больных) всем пациентам за 3 часа до операции производились подкожные инъекции низкомолекулярного гепарина, фраксипарина в дозе 0,3 мл, повторяющиеся через 12 часов в течение 7 суток. Для оценки антикоагулянтного действия препаратов во всех группах исследовали: тромбоэластограмму, время свертывания крови, время рекальцификации плазмы. В результате: среди больных 1-й группы у 4 (9,5%) были признаки ФТ глубоких вен нижних конечностей, потребовавшие активных лечебных мероприятий, которых в одном случае оказалось недостаточно, чтобы избежать фатальной тромбоэмболии легочной артерии, явившейся причиной гибели больной на 6-е сутки после операции (летальность — 2,4%); во 2-й группе у одного больного возник ФТ, а еще у одного — восходящий ТФ большой подкожной вены, причем с обеих сторон, что потребовало оперативного лечения (тромботические осложнения составили 6,9%), и в одном случае эвакуирована нагноившаяся гематома раны, послеоперационный период в этой группе удлинился за счет стабилизации уровня гипокоагуляции в результате возникшего, как нам кажется, «эффекта болюсного введения» антикоагулянта; в 3-й группе отсутствовали признаки гиперкоагулябельности в нижнекавальном бассейне, а при лабораторном контроле антикоагулянтного эффекта фраксипарина резких колебаний показателей коагулолитической системы не выявлено.

Таким образом, при прогнозировании осложнений абдоминальных операций у онкологических больных пожилого возраста существенное внимание следует уделять тромбоэмболическим, в профилактике которых должен главенствовать индивидуализированно-комплексный подход с применением низкомолекулярных гепаринов.

ТРОМБОЗ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

30-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРАВЕНОЗНЫХ ИНСТИЛЛЯЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН

Г. Р. Аскерханов, У. З. Загиров, С. Г. Адильханов, А. М. Зубаиров, Р. З. Закариев
г. Магачкала

Нами анализированы результаты лечения острого тромбоза поверхностных и глубоких вен у 680 больных. Поверхностный тромбоз вен нижних и верхних конечностей наблюдался у 540 больных. Тромбоз вен нижних конечностей — у 140.

При остром тромбозе вен ПИЛС мы применяем в качестве основного метода лечения.

Лечебная смесь для паравенозных инстилляций готовится перед употреблением и состоит из гепарина (5000 ед.), гидрокортизона (50 ед.), химотрипсина (10 мг), растворенных в 150,0 мл 0,5%-ного раствора новокаина.

Результаты лечения поверхностного тромбоза показали, что у больных со сроками заболевания до 3 суток после первого вливания смеси исчезают признаки воспаления, тромботический тяж заметно уменьшается. После второй процедуры у 75% пациентов клинические проявления заболевания полностью проходили.

Больные с тромбозами глубоких вен были разделены на 3 группы наблюдений. В 1-й группе наблюдений 72 больным проводилась интравенозная инфузия (ИВИ) стрептокиназы. Во 2-й группе 40 пациентам проводилась интратромботическая инфузия (ИТИ) стрептокиназы. И в 3-й группе наблюдений у 28 больных ИТИ сочеталась с ПИЛС.

Наилучшие результаты лечения получены при сочетании ИТИ с ПИЛС. Полный и частичный тромболитический эффект в сроки до 3 суток давности заболевания наступил в 56%, 70%, 93% соответственно в 1, 2, 3-й группах наблюдений. В более поздние сроки давности заболевания результаты лечения были несколько хуже.

Геморрагические осложнения наблюдались у 12 (8,6%) больных. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии отмечена у 3 (2,1%) пациентов. Летальных исходов не наблюдалось.

Отдаленные результаты прослежены у 55 больных. Отсутствие явлений хронической венозной недостаточности по данным клинко-флебодиагностической и ультразвуковой диагностики без учета давности заболевания выявлено у больных 1-й группы в 13,8%, 2-й — 28,8%, 3-й — 39,3%.

Таким образом, применение ПИЛС при острых тромбозах магистральных вен позволяет в ранние сроки заболевания достичь в большинстве случаев полного клинического выздоровления пациентов, а в более поздний период (5—15 суток) добиться ранней реканализации сосуда, замедлить процессы эластолиза, разрушения клапанного аппарата и мышечных элементов венозной стенки, а также улучшить микроциркуляцию. Сочетание ПИЛС с ИТИ стрептокиназы значительно усиливает эффект локального тромболизиса.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ СУБФАСЦИАЛЬНАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Г. Бебуришвили, А. В. Шаталов, С. С. Нестеров, А. А. Шаталов
г. Волгоград

В лечении острого тромбофлебита поверхностных варикозных вен (ОТПВВ) при хронической венозной недостаточности (ХВН) нет четких установок в отношении методики обработки перфорантных вен голени.

Активная хирургическая тактика при ОТПВВ позволяет предотвратить переход тромбоза на глубокие вены. С этой целью у 30 больных в срочном порядке (в течение суток с момента поступления) при комбинированной венэктомии использовали эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен (ЭСДПВ). Перед операцией всем больным выполнено дуплексное сканирование с цветным картированием потоков крови. Обнаружены и пересечены во время операций несостоятельные перфоранты Бойда, Шермана, группы Коккетта, задней поверхности голени. ЭСДПВ выполнялась инструментарием фирмы DUFNER для лапароскопии с набором диссекторов собственной конструкции. При этом в 28 случаях применен медиальный доступ, в двух — задне-медиальный. В 5 операциях использовали сразу два диссектора. Выявлено при ЭСДПВ 5 тромбированных перфорантов у 4 больных (13,3%). В среднем за одну операцию пересечено 4 перфоранта. В большинстве наблюдений тромбофлебит локализовался в верхней и средней трети голени (86%). В 8 случаях имел место так называемый «грибовидный» тромбофлебит, когда шляпкой являлся участок тромбированной подкожной вены, а ножкой несостоятельный перфорант. У 2 пациентов наблюдали движение тромбофлебита вниз к несостоятельным перфорантам Коккетта. Двоим больным с обширным паравазальным инфильтратом на голени операция выполнена в 2 этапа. Первым этапом выполнена кроссэктомия с коротким стриппингом + ЭСДПВ. Второй этап — иссечение варикозных вен на голени — осуществлен через две недели после снятия воспаления. Послеоперационный к/день составил 8,7. Осложнений не было. Мы полностью отказались от операции Коккетта по следующим причинам: 1) трудно точно сделать разрез над недостаточными перфорантами в инфильтрированных тканях; 2) множественность разрезов при мультиперфорантной венозной недостаточности; 3) ошибки при лигатуре перфоранта, когда перевязывается одна из его ветвей; 4) оставление тромбов в субфасциальной культе перфоранта; 5) возможность тромбоза субфасциальной культы перфоранта; 6) наличие гнойных осложнений со стороны ран и 7) условий для выполнения ЭСДПВ. Таким образом, это вмешательство не радикально, так как не устраняет полностью переход тромбоза на глубокие вены и возможность развития ТЭЛА. Только ЭСДПВ при ОТПВВ позволяет решить наиболее адекватно стратегическую задачу — предупредить распространение тромбоза на глубокие вены, а также тактическую — исключить лампасные разрезы на голени, сохранить радикальность по отношению к ХВН, сократить к/день, снизить количество послеоперационных гнойных осложнений, улучшить косметичность, добиться быстрой реабилитации больных.

РОЛЬ ФЛАВОНОИДОВ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ

Г. И. Воробьев, Ю. А. Шелыгин, Л. А. Благодарный, Е. Е. Жарков
г. Москва

Медикаментозное лечение острого геморроя получает все большее распространение, что связано с включением в эту схему флавоноидов. Общеизвестно, что они улучшают микроциркуляцию, венозный тонус и лимфатический дренаж, что оказывает обезболивающее и противовоспалительное действие при остром геморрое.

Нами проведено многоцентровое рандомизированное исследование по изучению лечения острого геморроя детралексом у 120 пациентов с острым геморроем. Ис-

следование проводилось в двух параллельных группах по 60 человек, основная из которых получала детралекс, а контрольная — плацебо. Протокол исследования позволял пользоваться анальгетиками и местными обезболивающими мазями.

Клиническое исследование проводилось в начале лечения на Д0, Д4 и Д7. Лечебный эффект оценивали по субъективным и объективным признакам, по частоте и количеству применяемых анальгетиков и местных лекарственных средств. Продолжительность и интенсивность приступов сравнивали с предыдущими ощущениями пациентов.

Результаты исследования показали хорошую эффективность детралекса. Уже на Д2 — второй день в группе пациентов, получавших детралекс, по сравнению с группой, применяющей плацебо, достоверно уменьшились болевой синдром, позывы на дефекацию, выделения крови ($p < 0,02$). У 57 (95%) пациентов в этой группе отмечено достоверное уменьшение таких симптомов, как гиперемия, отек, размер геморроидальных узлов ($p < 0,01$). При приеме плацебо подобное улучшение отмечено у 39 (65%) пациентов. За период с Д2 по Д7 прекращение ректального выделения крови отмечено у 95% пациентов основной группы, исчезновение болевого синдрома у 84% и выделений у 97%. По оценке самих пациентов положительную динамику уже на Д2 отметили 42% основной группы, а на Д7 явное улучшение отметили 99%. Кроме того, в группе пациентов, принимавших детралекс, отмечено достоверное уменьшение количества и частоты приема анальгетиков по сравнению с группой, принимавшей плацебо ($P < 0,01$). Более того, 77,5% сообщили об уменьшении продолжительности, а 89% — о снижении интенсивности воспалительного процесса по сравнению с прошлым приступом, тогда как в группе, получавших плацебо, доля таких пациентов составила 24,5% и 38,7% соответственно ($P < 0,01$).

Таким образом, результаты этого исследования достоверно продемонстрировали клиническую эффективность производных флавоноидов (детралекс) в лечении острого геморроя. Хотя подобное лечение не носит радикальный характер, оно надежно и надолго предотвращает рецидив острого геморроя.

ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С. А. Ганичкин, Э. А. Пономарев, С. С. Маскин
г. Волгоград

В отделении сердечно-сосудистой хирургии клиники госпитальной хирургии Волгоградской медицинской академии с 1991 по 1998 гг. находилось на лечении 369 больных тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей, из них 206 (55,8%) были оперированы. Срочные операции выполнены 174 (84,5%) больным, остальные 32 (15,5%) были оперированы после купирования острого тромбофлебита.

Тактика лечения больных основывалась на уровне поражения вен нижних конечностей и динамике развития тромбофлебита. Экстренные операции Троянова-Тренделенбурга выполняли у больных с визуально и пальпаторно определяемым уровнем поражения проксимальнее границы нижней и средней трети бедра, с обязательной ревизией сафенофemorального соустья. Срочные операции предпринимали у больных с отрицательной динамикой процесса — при восходящем тромбофлебите.

Послеоперационные раневые осложнения отмечены у 17 больных (8,3%), тромбоэмболических осложнений и летальных исходов после операции и при консервативном лечении не было. В комплекс лечения больных с тромбофлебитом включаем введение антибиотиков и дезагрегантов непрямым эндолимфатическим способом, что позволило избежать осложнений у этой группы больных.

Применение активной хирургической тактики у больных с тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей обусловлено высоким риском тромбоэмболических осложнений. При высоком проксимальном уровне поражения необходима тщательная ревизия сафенофemorального соустья. Представленные результаты свидетельствуют о необходимости ранних операций, особенно в условиях общехирургических стационаров, при отсутствии возможности ультразвуковой динамики процесса.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. М. Гарипова, В. В. Rogozin
г. Черногоровка

Выбор лечения при остром тромбофлебите нижних конечностей остается одним из актуальных вопросов современной флебологии. Принципиально его можно разделить на два способа: хирургический и консервативный. Цель лечения сводится к ликвидации острого тромботического процесса, восстановлению нормальной венозной гемодинамики и функции пораженной конечности. Множество методов лечения острого тромбофлебита и неудовлетворенность врачами в результатах такого лечения

приводят к постоянному поиску новых эффективных методик, основанных на принципиально новых подходах.

Известно, что при остром тромбозе происходят нарушения в системах гемокоагуляции, фибринолиза и агрегации форменных элементов крови. Именно поэтому в комплексе консервативных мероприятий основное место занимает патогенетическое лечение с использованием антикоагулянтов, фибринолитических средств, дезагрегантов, спазмолитиков и др. К сожалению, ни один из препаратов не обладает вышеперечисленными свойствами одновременного влияния на все патогенетические звенья тромбообразования. Способность лазерного излучения вызывать гипокоагуляцию и активировать фибринолиз сделала его актуальным методом нефармакологического воздействия на основные звенья патогенеза при остром тромбозе нижних конечностей.

С целью изучения влияния сочетанного лазерного излучения в комплексном лечении больных с острыми тромбозами нижних конечностей было проведено лечение 8 больных острым тромбозом вен дистального сегмента (1-я группа). В контрольную группу (2) вошли 9 больных с аналогичной патологией, которым лазерная терапия не применялась. Всем им проводилась традиционная терапия с назначением антикоагулянтов, фибринолитиков, дезагрегантов в общепринятых дозировках. Больным из 1-й группы проводилась эндовазальная лазеротерапия (длина волны 0,63 мкм, мощность на выходе одноканального световода до 2,5 Вт, время экспозиции 10–20 мин., на курс 5–8 процедур) в сочетании с наружным лазерным воздействием на место локализации тромбоза после флебографии или ультрасонодоплерографии (непрерывный режим ИК излучения мощностью до 30 мВт, экспозиция до 4 минут, на курс 7–10 процедур). В результате лечения у больных из 1-й группы на 3–5 дней быстрее нормализовались показатели агрегации тромбоцитов, чем у больных контрольной группы, а реологические показатели нормализовались к 5–10-му дню лечения, тогда как у больных с традиционным лечением аналогичные сдвиги наблюдались лишь в конце всего курса. Соответственно положительная динамика общеклинической симптоматики у больных из 1-й группы наблюдалась быстрее и интенсивнее, чем во 2-й группе больных.

Таким образом, лазерное излучение оказывает выраженный лечебный эффект при острых тромбозах и является прогрессивным нетрадиционным методом в комплексном лечении больных с данной патологией.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

В. В. Голубев, С. И. Зайцев, М. Н. Ротанов, С. А. Громов, С. В. Майнугин, И. Е. Виноградов
г. Ярославль

Цель исследования: изучить возможность применения малоинвазивной модификации операции Троянова-Беккока-Нарата при остром тромбозе поверхностных вен.

Материалы и методы: 165 больных с варикозной болезнью поверхностных вен, осложненной тромбозом (в том числе больные после общехирургических операций, беременные и родильницы), в срочном порядке одномоментно радикально оперированы по Троянову-Беккоку-Нарату с использованием малоинвазивных технических приемов: «противоход зонда», доступ выше паховой складки, удаление притоков через микроперфорации, тромбов через миниконтрапертуры. Это позволило отказаться от дистального разреза при выделении магистральной большой подкожной вены, наложения швов на воспаленные ткани (при этом свободно дренируется отделяемое), уменьшить объем операционной травмы, перевязывать большую подкожную вену непосредственно в месте впадения. При возросшем косметическом эффекте сохранялся высокий радикализм операции. Мини-флебэктомия была применена у 7 больных с тромбозами поверхностных вен верхних конечностей.

Результаты: в группе больных, оперированных с применением малоинвазивных технических приемов, в сравнении со стандартной операцией наблюдались более ранняя активизация, восстановление трудоспособности, практически у всех пациентов отказались от применения антибиотиков. У пациентов с тромбозами поверхностных вен верхних конечностей также значительно сократился период восстановления трудоспособности за счет отказа от проведения традиционного длительного консервативного лечения, косметический дефект при этом минимален.

Заключение: применение малоинвазивной методики позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных, повысить косметичность операции, сохраняя высокий радикализм, добиться их быстрой реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М. Д. Дибиров
г. Москва

В течение последних 5 лет оперировано 86 больных пожилого и старческого возраста с острым восходящим тромбозом подкожных вен нижних конечностей.

Средний возраст 73 года. Соотношение мужчин и женщин 1:1. Показанием к срочной операции служил переход острого восходящего тромботического процесса через коленный сустав на нижнюю треть бедра. Абсолютным показанием к экстренной операции у лиц пожилого и старческого возраста является распространение тромбоза на среднюю и верхнюю треть бедра. Для контроля уровня и распространенности процесса достаточно клинического и ультразвукового динамического наблюдения. Анализ причин развития тромбофлебита показал, что только у 36 (42%) имелось варикозное расширение подкожных вен, у 42 (48%) больных тромбофлебит развился на фоне хронической артериальной недостаточности и гипоперфузии без варикозной болезни, причиной развития у остальных 8 (10%) была выраженная гиперкоагуляция.

Операция Троянова-Тренделенбурга выполнена у 72, тромбэктомия из устья большой подкожной вены и общей бедренной и подвздошной вены выполнена у 14 больных. Для профилактики тромбоэмболии предварительно пережималась подвздошная вена выше места тромбоза.

Из 86 оперированных больных ни в одном случае не было осложнений. В контрольной группе по клиническим и секционным данным тромбоэмболия при восходящем тромбозе большой подкожной бедренной и подвздошной вен выявлена у 8 из 62 (13%).

Таким образом, малотравматичная операция по Троянову-Тренделенбургу является гарантией от тромбоэмболических осложнений при восходящем тромбофлебите подкожных вен нижних конечностей.

К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

О. И. Доброгаев, А. С. Ермолов, Д. Н. Курашвили, Г. Н. Доброгаева
г. Москва

Острый тромбофлебит поверхностных варикозно расширенных вен нижних конечностей — распространенное заболевание. Встречается чаще среди населения в зрелом и пожилом возрасте. Эти больные в основном проходят лечение в поликлиниках, и только небольшой части удается сразу пройти курс лечения в специализированных сосудистых отделениях.

Среди хирургов нет единого подхода к лечению этой группы больных, а длительная необоснованная консервативная терапия приводит к увеличению осложнений этого заболевания (острый восходящий тромбофлебит, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, посттромбофлебитический синдром). Все это заставило нас еще раз конкретизировать тактику лечения этой категории больных.

С нашей точки зрения, единственным на современном уровне способом лечения острого тромбофлебита является оперативный. Чем раньше это сделано, тем лучше достигается результат. Однако необходимо заметить, что одно оперативное вмешательство нельзя считать панацеей. Важное значение имеет гомеостаз и противовоспалительная терапия с использованием специфических препаратов (лиотон, детралекс).

В большинстве случаев тромбофлебит сопровождается явлениями резко выраженного перифлебита. Оперативное вмешательство в этих случаях травматично, выявить пораженные вены в связи с инфильтратом трудно, а в послеоперационном периоде возникает большой риск некроза кожи и нагноения. С целью предоперационной подготовки (купирование явлений перифлебита) у этих больных мы проводим электрофорез протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин, химопсин) в течение 3—5 дней. Эта методика использована у 935 больных. В последнее время комплекс лечения дополняется с применением геля Лиотон-1000.

Оперативное лечение заключалось в тщательном удалении тромбированных вен из отдельных разрезов по Нарату-Воскресенскому и тоннельным способом по Ф. И. Сидориной через 3—4 месяца.

Нами в последние годы разработана и применяется тактика двухэтапного лечения, заключающаяся в проведении операции Троянова-Тренделенбурга, с последующим лечением в условиях поликлиники и проведением радикальной операции через 3—4 месяца.

Это нам дало:

1. Сокращение стационарного периода лечения и времени нетрудоспособности.
2. Лучшую подготовку больных для радикального лечения.

Наша тактика при остром восходящем тромбофлебите (с локализацией в области бедра) — операция Троянова-Тренделенбурга в экстренном порядке (109 операций) и с радикальной операцией через 3—4 месяца.

Мы считаем, что при остром тромбофлебите поверхностных вен нижних конечностей должна применяться только активная хирургическая тактика. Консервативная терапия приводит к развитию хронической венозной недостаточности и инвалидизации.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ

Е. В. Дрозжин, В. В. Дарвин, В. Ф. Загордонец, Е. А. Заводовская
г. Сургут

Цель: провести ретроспективный анализ результатов лечения больных острым тромбозом и определить оптимальную лечебно-диагностическую программу.

Материалы и методы исследования: проведен анализ результатов лечения 287 больных острым тромбозом. Использовать функциональные, лабораторные, лучевые методы исследования, статистическая обработка материала.

Основные результаты и их обсуждение: проведен ретроспективный анализ 287 историй болезней больных острым тромбозом нижних конечностей, находившихся на стационарном лечении в сосудистом отделении МГБ № 1 г. Сургута, причем у 133 (46,34%) был тромбоз поверхностных вен, у 33 (11,5%) из них варикоз и у 156 (54,36%) был тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Возраст от 16 до 83 лет. Женщин было 105 (36,59%), мужчин — 182 (63,41%).

Тромбоз, локализованный на обеих нижних конечностях, — у 11 (3,83%), на правой — у 163 больных (56,79%), на левой — у 115 (40,07%).

У 62 (21,6%) процесс носил рецидивирующий характер.

Верификация диагноза осуществлялась общеклиническими методами: осмотр, пальпация, определяли специфические пробы — Хоманса, Мозеса. Проведены лабораторные методы обследования: общий анализ крови, биохимическое исследование крови, коагулограмма, общий анализ мочи. Основными изменениями в общем анализе крови были: анемия, сдвиг лейкоформулы влево, нейтрофилия, ускоренное СОЭ, лимфоцитоз; в биохимическом исследовании крови: гиперпротеинемия, повышена активность трансаминаз, диспротеинемия, гиперхолестеринемия, гипокреатининемия; гиперкоагуляция.

У 50 больных (17,42%) проведено УЗИ вен нижних конечностей: у 12 больных (4,18%) данных за патологию клапанов глубоких вен не обнаружено, вены проходимы, у 38 (13,24%) имеется нарушение проходимости глубоких вен, несостоятельность клапанов.

Всем больным была назначена консервативная терапия: постельный режим с возвышенным положением конечности, компрессы гепариновой мази, мобилизация, компрессия, фармакотерапия: гепаринотерапия, ингибиторы агрегации тромбоцитов, неспецифические антиагреганты, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, сосудорасширяющие препараты. Нарушения венозной гемодинамики корректировались компрессионным, веноуртомом, троксевазином.

Оперативное лечение проведено 45 больным (15,68%), показанием к которому был варикоз, им производили флебэктомию по Троянову-Тренделенбургу-Бекко-Нарату. Средний койко-день составил — $17,1 \pm 2,1$.

Вывод: таким образом, унификация диагностической программы и дифференциальный подход к выбору лечебных мероприятий, основным постулатом которого является ранняя флебэктомия при варикозе и консервативная многокомпонентная терапия при остром тромбозе анатомически неизмененных вен, являются основой оптимизации ближайших результатов реабилитации при остром тромбозе.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Е. Жилин, Н. Л. Круглов, В. И. Махонин, М. В. Малюков, А. Л. Бочаров,
Т. М. Милованова, Е. С. Ивакина, А. М. Демьянов
г. Липецк

В Липецком областном центре сосудистой хирургии принята активная тактика в отношении острого восходящего тромбоза с распространением по стволам подожных вен, основанная на следующих положениях:

1. Радикальное излечение тромбоза возможно только хирургическим путем.
2. Отсрочка оперативного вмешательства с целью консервативной терапии и в случае неэффективности последней увеличивает риск повреждения лимфатического коллектора вследствие развития склеротического процесса в паравазальной клетчатке.
3. Экономическая эффективность принятой тактики: отсутствие необходимости повторной госпитализации и, следовательно, сокращение койко-дня.

За период с 1989 по 1999 гг. в нашем центре выполнено 4336 флебэктомий у больных, страдающих варикозной болезнью, из них 737 (17%) пациентов оперировано по поводу острого восходящего тромбоза нижних конечностей. Соотношение мужчин и женщин 2:5. В структуре оперированных больных 70,5% — лица трудоспособного возраста. 90% больных оперировано в течение первых суток с момента поступления. 713 больным выполнена флебэктомия в полном объеме и лишь 24 больным (3%) выполнена операция Троянова-Тренделенбурга (все пациенты старше 60

лет и с выраженной сопутствующей патологией). Важное значение придаем этапу выделения устья большой подкожной вены, что позволяет успешно завершить радикальную операцию. Длительность пребывания больных на койке составила 9,3 дня. Процент послеоперационных осложнений — 5,3, в том числе:

- лимфорея из послеоперационных ран у 23 пациентов;
- краевые некрозы ран — 15;
- нагноение послеоперационных ран — 2.

У одного больного заболевание осложнилось ТЭЛА до оперативного вмешательства, после стабилизации состояния больному под местной анестезией выполнена тромбэктомия из бедренной вены с перевязкой устья большой подкожной вены. Умерла 1 больная от ТЭЛА на 11-е сутки после операции, летальность составила 0,13%.

Подобную тактику ведения больных острым восходящим тромбофлебитом подкожных вен считаем оправданной.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОДОРАСТВОРИМОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ГЕЛЯ «ТИЗОЛЬ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. В. Заплутанов, С. А. Воробьев, М. А. Рубинов
г. Екатеринбург

Лекарственный гель «Тизоль» (аквакомплекс глицеросольвата титана) давно и успешно применяется в различных областях медицины. Этому способствуют в 2,5–4 раза сильнее, чем у димексида, пенетрантный эффект, выраженные противоотечное, противовоспалительное и противозудное, умеренное анальгезирующее свойства «Тизоля», длительные сроки хранения и самоподдержания стерильности готовых форм, экономичность и простота применения геля.

С 05.99 г. по 12.99 г. у 27 пациентов, находившихся в отделении гнойной хирургии ЦГКБ № 16, применен лекарственный гель «Тизоль» с добавлением гепарина (100 ед/г) при лечении под сухими марлевыми повязками:

острого тромбофлебита поверхностных (5) и глубоких вен голени и бедра (14). В том числе осложненных эритематозной (2) и флегмонозной (1) формами рожистого воспаления, в сочетании с трофическими язвами (6);

рожистого воспаления голени и стопы (1);

нейроишемической формы диабетической стопы в стадии критической ишемии мягких тканей стопы (4);

при дистальных трофических расстройствах мягких тканей нижних конечностей на фоне облитерирующего атеросклероза (3).

Кратность применения гелей составила от 5 до 12, интервалы между аппликациями от 12 до 24 часов. Для общего лечения и обследования пациентов применяли стандартный медикаментозный и физиотерапевтический комплекс, принятый в клинике.

Выявили, что применение «Тизоля» при остром тромбофлебите поверхностных и глубоких вен после 2–5 аппликаций ликвидировало боль, кожный зуд, жжение. После 3–7 — уменьшились или исчезали гиперемия, поверхностный и субфасциальный отек мягких тканей, вне зависимости от площади распространения процесса.

Таким образом, отмечены выраженные и пролонгированные анальгезирующий, противовоспалительный и противоотечный эффекты «Тизоля» у больных с тромботическими заболеваниями сосудов нижних конечностей и их гнойно-воспалительными осложнениями.

К ТЕХНИКЕ УДАЛЕНИЯ ТРОМБИРОВАННЫХ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПОДКОЖНЫХ ВЕН

С. Г. Измайлов, Г. А. Измайлов, М. Ю. Аверьянов
г. Н. Новгород

Нами предложен и успешно апробирован в клинике новый вариант ВЭ (веноэкстрактора). ВЭ представляет собой гибкую металлическую конструкцию и имеет следующие части: спиралеобразную трубку-кондуктор длиной 800 мм с размещенной внутри него струной-стиллетом длиной 1600 мм, на которой соосно закреплены съемные чашечные оливы диаметром от 6 до 16 мм с режущей кромкой, съемные цанговые фиксаторы диаметром 4 мм с гайками, а также съемные ручки с цангой и гайкой. Съемные защитные колпачки расположены на обоих концах стилета. Экспериментальные исследования проводились на венах трупов (39) и ампутированных конечностей (54).

В клинической практике ВЭ применен нами у 142 больных. Из них женщин было 110, мужчин — 32 (соответственно 77,5% и 22,5%) в возрасте от 23 до 68 лет. Варикозная болезнь вен (ВБВ) нижних конечностей, осложненная тромбозом большой подкожной вены, вне обострения наблюдалась у 58 больных, ВБВ с трофическими язвами голени — у 56, восходящий тромбофлебит при ВБВ — у 18, посттромбофле-

битический синдром с тромбозом большой подкожной вены — у 10. Методика операции заключалась в следующем. Вращательными движениями трубку-кондуктор проводили через тромботические массы внутри вены, после чего в ее просвет вводили струну и трубку удаляли. На одном конце струны фиксировали ручку, на другом — оливу и экстрагировали вену. Гибкая и относительно жестко-эластичная конструкция ВЭ позволяла осуществить его проведение через закрытый плотным тромбом просвет вены. Боковые венозные притоки после предварительного чрескожного прошивания тонкой капроновой нитью пересекали специальным копьевидным флеботомом собственной конструкции. Обычно эти швы снимали в день первой перевязки — на 1–2-е сутки после операции. Каких-либо осложнений во время хирургического вмешательства не отмечено. В первые 3–5 суток пациенты получали обезболивающие препараты и дезагреганты, а при явлениях острого воспаления или трофических язвах — предложенный нами препарат ксимедон в таблетированной форме или местно с целью стимуляции репаративно-регенераторных процессов. Швы снимали на 7–10-е сутки.

Экспериментальные исследования и клиническое применение предложенного ВЭ у больных с тромбированными варикозно измененными подкожными венами показали его простоту, достаточную надежность, эффективность и безопасность при выполнении стриппинга крупных венозных стволов.

АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОМ

В. Ю. Ким

г. Петрозаводск

Пролечено 105 больных с различными формами тромбофлебита нижних конечностей. У 80 больных был подострый тромбофлебит, у 25 — обострение хронического тромбофлебита. Лечение заключалось в электрофорезе трипсина по общепринятой методике. Давность заболевания при подостром тромбофлебите составляла в среднем 3 дня, при обострении хронического — до 8 дней. Энзимотерапия начиналась с 1–2-го дня обращения. Положительный эффект проявлялся уже после 2–3 сеансов: уменьшался отек конечности, увеличивался объем движения в суставах, уменьшались боли. С первого дня больным разрешалось ходить при условии ношения эластичного бинта. После 5–6 сеансов электрофореза исчезал отек тканей дистального сегмента конечности, а также гиперемия, припухлость по ходу пораженной вены. При подостром тромбофлебите требовалось в среднем 5–6 сеансов электрофореза, при обострении хронического — 8 сеансов.

Ферментативные препараты протеолитического действия достоверно улучшают кровообращение в конечностях, ликвидируют инфильтрацию тканей, активизируют капиллярное кровообращение и трофические процессы в зонах поражения (К. Н. Верещенко и соавт., 1962; А. В. Григорян и соавт., 1969; А. М. Сазонов и соавт., 1978).

При лечении трипсином недостоверно изменялись протромбиновый индекс, свертываемость крови и фибриноген.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Э. Клецкин, Н. А. Макаров, А. Ю. Мамаев, В. Н. Волошин

г. Нижний Новгород

За 5 лет в клинике хирургии ИПО ГУ НГМА находился на лечении 561 пациент с флеботромбозом нижних конечностей различного характера. Из них у 196 пациентов был илиофemorальный тромбоз, у 95 — глубокий тромбофлебит голени. Оперированы 15 пациентов с илиофemorальным тромбозом вследствие угрозы венозной гангрены (11) и ятрогенной причины патологии (4). У 181 пациента проведено консервативное лечение, в том числе у 12 — селективная тромболитическая терапия.

С восходящим тромбофлебитом бедра пролечено 270 пациентов, из них не оперированы по разным причинам 16, остальные оперированы в сроках от 1 до 48 часов от начала заболевания.

В 46 случаях заболевание носило двусторонний характер, в 14 — осложнялось гнойным процессом, продолженный в бедренную вену тромб был обнаружен и удален в 17 случаях.

Выводы:

1. Оптимальные сроки для тромбэктомии из крупных вен — 3–7 суток от начала заболевания.

2. Методом выбора при лечении илиофemorальных тромбозов является селективная тромболитическая терапия.

3. Восходящий подкожный тромбофлебит является показанием к экстренной операции вследствие непредсказуемости клинического течения и последствий.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОДКОЖНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. С. Котельников, А. И. Кечеруков, В. Н. Горбачев
г. Тверь

С 1993 по 1999 г. в отделении оперированы 38 больных с острым тромбофлебитом нижних конечностей.

Показанием для срочной операции (до 24 часов) считали наличие тромбофлебита выше уровня средней трети бедра, для отсроченной — на уровне голени и нижней трети бедра. При этом учитывались клиническая картина болезни, возраст, наличие сопутствующей патологии.

Давность тромбофлебита не играла определяющей роли в выборе метода лечения: в принципе миграция тромба возможна в любые сроки от начала заболевания.

Перед операцией всесторонне оценивались общее состояние больного, затем проходимость глубоких вен. Из функциональных проб наиболее информативной считаем пробу Иванова на проходимость глубоких вен, отсутствие отека на стопе.

У всех больных операцию выполняли по классической методике: высокая перевязка большой подкожной вены с ее ветвями; бедренный отдел этой вены удаляли по Бебкокку, реже — по Нарату либо туннелированием во избежание «выдавливания» тромботических масс в глубокую сеть. Удаление нижележащих отделов проводилось после юкстатрунклярной перевязки перфорантных вен.

При близости тромбированных вен к коже выполнялась эвакуация тромботических масс из небольших насечек путем аспирации после перевязки перфорантных вен. При эктазии берцовых вен у 5 произведена их перимускуляризация по Зуеву Н. С.

У 4 больных, оперированных в экстренном порядке, верхняя граница тромботического процесса достигла сафенофemorального соустья.

После операции назначали никотиновую кислоту внутривенно или перорально, с профилактической целью вводили гепарин по 2,5 т. ед. 2 раза в сутки подкожно. Летальных исходов не отмечено. В ранние сроки у 3 больных были серомы, инфильтраты и диастаз кожной раны.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

С. Г. Крыжановский, Е. Л. Латутина
г. Архангельск

Изучены результаты стационарного лечения 165 больных с острыми, поверхностными и глубокими тромбофлебитами на верхних и нижних конечностях. Среди изученного контингента женщины составили 52%.

При изучении возрастного состава наиболее подверженными заболеванию оказались пациенты 31—50 лет (58%) и возрастная группа 71—80 лет (19%). 82% пациентов имели сопутствующую патологию, преимущественно сердечно-сосудистые заболевания и болезни ЖКТ.

Локализация заболевания в системах вен нижних конечностей наблюдалась в 87% случаев, верхних — в 13%.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, лабораторное и специальное (УЗДГ).

Всем пациентам проводилось комплексное консервативное лечение, 21% — подверглись различным видам оперативного вмешательства: кроссэктомии, флебэктомии, тромбэктомии.

Средний срок стационарного лечения составил 12—14 дней.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Ю. Крылов, Е. С. Наговицын, А. В. Белецкий
г. Москва

За последние 5 лет мы пролечили 234 больных (86 мужчин и 148 женщин) острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей на фоне варикозной болезни в возрасте от 23 до 82 лет. На момент начала лечения давность начала заболевания составляла от 3 до 14 суток. Для определения тактики ведения больных с острым тромбофлебитом в обязательном порядке выполняли цветное ангиосканирование.

В нашей клинике на протяжении многих лет мы придерживаемся активной тактики лечения этой категории больных. Оптимальным считаем радикальную операцию, позволяющую не только ликвидировать воспалительный очаг, но и устранить причину его образования. Больным отказывали в операции при отсутствии у них варикозной болезни (21 больной), что требовало дополнительного обследования. А при распространении тромботических масс через остиальный клапан на бедренную вену с фор-

мированием флотирующего тромба больных для дальнейшего лечения переводили в специализированные сосудистые отделения (28 больных).

Всем больным проводили стандартную противовоспалительную терапию, включающую бутадион, аспирин, тавегил, венотоники, местно — гепаринсодержащие мази, эластическую компрессию. 103 больным через 3—5 дней выполнили радикальную операцию, включающую флебэктомию, тромбэктомию, операцию Кокетта. Осложнений отмечено не было. Средний койко-день составил 9,2 дня. 82 больным пожилого возраста (средний возраст 72 года) с восходящим воспалительным процессом на голени или тромбофлебитом поверхностных вен с локализацией на бедре при наличии противопоказаний к радикальной операции выполнили кроссэктомию, которую часто сочетали с локальной тромботомией по Sigg, что позволило значительно уменьшить воспалительный очаг и сократить сроки лечения больных. Операция больным выполнялась в течение первых суток от момента поступления. Средний к/день составил 11,6 дня. Наличие участка тромбированных вен на голени у 48 больных не помешало нам с целью подготовки к радикальной операции и отграничению участка воспаления на конечности выполнить им компрессионную склеротерапию. Для этих целей использовали 2—3%-ный фибро-вейн и этоксисклерол.

Результаты лечения признаны хорошими. Отмечен высокий клинический и косметический эффект. Более активная тактика привела к ускорению лечения и снижению общего койко-дня, осложнений не было.

Таким образом, использование современной диагностической аппаратуры позволяет нам при лечении этой категории больных занимать более активную тактику, т. е. все больные с острым тромбофлебитом поверхностных вен, не имеющие противопоказаний, должны быть оперированы по возможности радикально, применение компрессионной склеротерапии у этой категории больных не ограничено.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н. А. Кузнецов, А. Г. Евдокимов, Д. С. Рассказов, И. О. Рытлов, К. В. Петрушин, С. И. Ключников
г. Москва

С 1994 по 1999 год в отделении сосудистой хирургии МСЧ № 1 АМО ЗИЛ находились на лечении 189 больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечностей. У 91 больного тромбофлебит локализовался на голени, в бассейне большой подкожной вены, у 58 больных — в средней и нижней трети бедра и у 35 больных — в верхней трети бедра. В 5 случаях отмечалось поражение малой подкожной вены.

Все больные получали комплексную консервативную терапию, целью которой являлось подавление воспаления и предотвращение распространения тромбоза. Это достигалось сочетанием общего и местного воздействия на патологический процесс путем применения противовоспалительных средств, дезагрегантов, флеботомических препаратов, мазевых аппликаций, холода местно и эластической компресии.

55 больных были оперированы в экстренном порядке. Выбор вида операции определялся локализацией и верхним уровнем тромбоза. 37 больных была произведена операция Троянова-Тренделенбурга. У 5 пациентов произведена перевязка и резекция малой подкожной вены. 9 раз выполнялась тромбэктомия из общей бедренной вены. В 4 случаях лигировалась поверхностная бедренная вена у слияния ее с глубокой веной бедра. Трижды производилась имплантация кава-фильтра.

Главной задачей оперативного лечения являлась профилактика перехода тромбоза с поверхностной венозной системы на глубокую, при котором возрастает риск тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Основным методом обследования являлось ультразвуковое дуплексное сканирование. Оно позволяло точно локализовать уровень тромбоза и выбрать наиболее оптимальный метод лечения.

Вопросы хирургической тактики решались следующим образом:

— экстренная операция производилась при непосредственной угрозе ТЭЛА: флотирующий характер тромбоза, локализация проксимальной границы тромбоза непосредственно у сафенофemorального соустья. Основным хирургическим вмешательством являлась операция Троянова-Тренделенбурга. При переходе тромбоза на соустье операция дополнялась тромбэктомией из общей бедренной вены;

— при остром тромбозе средней и нижней трети бедра показания к оперативному вмешательству считались относительными и допускали консервативное ведение больных с ежедневным ультразвуковым контролем. Оперативное лечение производилось в отсроченном порядке после стабилизации гемостаза в объеме радикальной венэктомии;

— при выявлении сопутствующего эмболического тромбоза глубоких вен бедренно-подколенного сегмента выполнялась тромбэктомия с перевязкой поверхностной бедренной вены;

— в случае распространения тромбоза на илиокавальный сегмент проводилась илиокаваграфия, а при выявлении флотирующего характера тромба исследование заканчивалось имплантацией кава-фильтра.

Строгое следование этой тактике, основанной на сочетании современных научных взглядов на патогенез острого тромбофлебита и собственного клинического опыта, позволило избежать серьезных осложнений и летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ОСТРЫМ ПОДКОЖНЫМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ

С. И. Ларин
г. Волгоград

Одним из осложнений ВБНК является острый тромбофлебит подкожных вен (ОТПВ) голени и бедра. В нашей стране большая часть пациентов ВБ, страдающих этим осложнением, проходит лечение в условиях общехирургических стационаров.

Целью нашей работы был анализ близлежащих и отдаленных результатов оперативного лечения варикозной болезни, осложненной ОТПВ, в амбулаторных условиях.

С 1994 по 2000 год в амбулаторном сосудистом центре было оперировано 30 больных, страдающих ВБНК, осложненной ОТПВ. Средний возраст составил $48,8 \pm 3,3$ лет (от 35 до 71 года), при этом по международной классификации хронической венозной недостаточности CEAP у 5 пациентов установлена стадия C2, у 29 — C3, у 8 — C4-5. При ультразвуковом сканировании у 26 пациентов (86,7%) ретроградный кровоток по стволу БПВ определялся на протяжении всего бедра, а у 4 (14,3%) — рефлюкс ограничивался сафенофemorальным соустьем и верхней третью БПВ. По локализации из 30 больных у 18 имелся изолированный тромбофлебит вен голени, а у 12 — вен голени и бедра, причем у четверых тромботический процесс распространялся непосредственно до устья БПВ.

Тактика лечения зависела от данных ультразвуковой доплерографии и сканирования. Все больные были разбиты на две группы. В первой у больных с тромбофлебитом вен голени и нижней трети бедра выполнялась кроссэктомия с венэктомией ствола БПВ до границы средней верхней трети бедра и ретроградная катетерная склеротерапия 26 случаев. Во второй группе в случае тромбоза устья БПВ операция ограничивалась кроссэктомией и дополнялась пункционной склеротерапией под контролем УЗИ через 6 месяцев после операции. Всем больным из этой группы в ближайшем послеоперационном периоде проводилась системная энзимотерапия препаратом флогэнзим.

В ближайшем послеоперационном периоде у 30 оперированных пациентов не было отмечено ни одного осложнения. Средняя продолжительность нахождения на больничном листе составила $15 \pm 2,1$ дня и не отличалась достоверно от средней продолжительности больных, оперированных по поводу ВБ без тромбофлебита, $16,3 \pm 0,4$ дней ($p > 0,1$). В отдаленном периоде все больные наблюдались в сроки от 1,5 до 2 лет. В первой группе больных дополнительные инъекции склерозанта под УЗИ-контролем в связи с реканализацией потребовались 2 больным, во второй группе все больные получили дополнительные сеансы склеротерапии через 6 месяцев в плановом порядке. У всех пациентов независимо от группы отмечалось полное исчезновение признаков ХВН после достижения полноценной склерооблитерации ствола БПВ и рассасывания тромбированных участков варикозно расширенных вен.

Таким образом, и в амбулаторных условиях возможно полноценное лечение ВБ, осложненной ОТПВ, с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

РЕГИОНАРНАЯ ЛИМФОМОДУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТКАТЕТЕРИЗАЦИОННЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ

М. С. Любарский, А. А. Смагин, А. И. Шевела, В. В. Нимаев, А. А. Ракитин, О. И. Калмыкова
г. Новосибирск

С 1997 г. в комплексную схему лечения больных с лимфатическими отеками верхних конечностей включены разработанные в клинике пролонгированные лимфомодулирующие блокады шейного и плечевого сплетений. Лекарственная смесь, состоящая из местного анестетика, глюкокортикоидного гормона, нестероидного противовоспалительного препарата и гипертонического раствора глюкозы, вводилась в перинеуральную клетчатку в зоне шейного и плечевого сплетения. Данный метод позволил значительно улучшить результаты лечения больных с лимфатическими отеками верхних конечностей. Объективно доказано, что изменение иннервационных соотношений лимфатического и кровеносного русла достоверно улучшает лимфоотток и капиллярное кровообращение пораженной конечности. Кроме того, включение в состав лекарственной смеси нестероидного анальгетика позволяет адекватно купировать болевой синдром и парестезии.

В дальнейшем метод пролонгированных лимфомодулирующих блокад был использован в лечении больных с другими заболеваниями, генез которых связан с нарушениями в системе гемолимфоциркуляции и лимфотенозной недостаточностью, в том числе посткатетеризационными тромбофлебитами глубоких вен верхней конечности. В клинике тромбофлебитов глубоких вен помимо отека конечности имеет место вы-

раженный болевой синдром, плохо купируемый ненаркотическими анальгетиками, а целесообразность назначения наркотических препаратов у таких больных сомнительна. В комплекс клинического исследования, помимо антропометрических и общеклинических методов обследования, были включены тепловизионное исследование симметричных участков верхних конечностей, реолимфовазография, мягкотканная цифровая рентгенодиагностика конечностей, визуальная аналоговая оценка уровня болевых ощущений.

При раннем применении пролонгированных лимфомодулирующих блокад у всех больных субъективно отмечалось улучшение, выражающееся в уменьшении клинической выраженности отека конечности и полном купировании болевого синдрома. По данным реолимфовазографии имелись достоверное увеличение скорости лимфооттока пораженной конечности и нормализация венозного оттока. По данным тепловизионного обследования у больных выравнивалась кожная температура на симметричных участках конечности к окончанию курса лечения, что может свидетельствовать об отождествлении гемолимфоциркуляции в здоровой и больной конечностях.

Таким образом, метод не прямых лимфомодулирующих блокад может быть включен в схему стандартной терапии у больных с посткатетеризационными тромбофлебитами глубоких вен верхних конечностей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА СТОЛА БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ БЕДРА

С. В. Мартымянов, В. В. Есипенко, А. В. Новосельцев, В. С. Платонов
г. Воронеж

Последние 10 лет в клинике находилось на лечении 60 больных с острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены бедра (БПВ). Средний возраст составил $52,3 \pm 1,9$ года. У 48 пациентов (80%) тромбоз возник на фоне варикозной болезни, у 12 — других заболеваний. В 7 случаях (11,2%) тромбоз занимал весь ствол БПВ, включая устье, в 3 (5%) отмечен переход на бедренную вену.

22 больных получали только консервативную терапию (противовоспалительные препараты, антикоагулянты). Средний срок госпитализации у них составил $14,4 \pm 2,0$ дня. У 4 (18,2%) оставались умеренные боли, отек, требовавшие лечения в амбулаторных условиях. В 22 случаях проведены оперативные вмешательства, состоявшие из тромбэктомии из бедренной вены и устья БПВ, ее перевязки или частичной резекции. Затем проводилось консервативное лечение по тем же принципам. У одного больного (4,5%) отмечены лимфорея и поверхностное нагноение послеоперационной раны паховой области. Сроки пребывания в клинике были такими же.

Наконец, 16 больным кроме вышеперечисленных оперативных вмешательств проведено иссечение варикозно расширенных вен на бедре и голени, в том числе тромбированных. В одном случае зарегистрирован частичный некроз кожи в области раны на бедре (6,3%). Средний срок госпитализации в этой группе больных был наименьшим и составил $11,7 \pm 1,7$ дня. Все пациенты при выписке чувствовали себя вполне удовлетворительно.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что активная хирургическая тактика при восходящем тромбофлебите большой подкожной вены бедра наиболее целесообразна с экономических позиций и позволяет добиться наилучших функциональных результатов в кратчайшие сроки.

ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ

В. И. Нечаев, В. В. Rogozin
г. Черногоровка

Хирургическое лечение варикозной болезни нижних конечностей методом эндоваскулярной коагуляции в условиях дневного стационара проводится с 1993 года. Важное место в комплексном лечении занимает гирудотерапия. Пролечено 7 больных. У 6 пациентов были трофические нарушения голени в виде индурации, гиперпигментации, трофических язв. У 7 пациентов имел место тромбофлебит поверхностных вен. Во всех случаях проводилась предоперационная локальная гирудотерапия. Пиявки ставились через 2 дня по 4—8 штук за сеанс. Курс лечения составлял 3—6 сеансов. Постановка пиявок проводилась в шахматном порядке по ходу пораженной вены, отступая от вены на 1 см. При предъявленном состоянии пиявки устанавливались по периферии с последующим продвижением к эпицентру.

Во всех случаях отмечен положительный эффект: при остром тромбофлебите уже после 1—2 сеансов снижался болевой симптом, уменьшались внешние воспалительные проявления: гиперемия, отечность тканей. Полное стихание воспалительного процесса наступало после 3—4 сеансов. При предъявленном состоянии после 3—4

сеансов происходило снижение отека и индурации тканей по периферии очага, кожные покровы приобретали цвет здоровой кожи, очаг уменьшался в диаметре. После 5–6 сеансов воспалительные проявления полностью купировались.

Эффект гирудотерапии связан с улучшением микроциркуляции и оксигенации тканей в зоне поражения, ликвидацией тканевой гипоксии, стимуляции репаративных процессов. Блокирование воспалительных изменений на ранних стадиях препятствует развитию поздних проявлений воспаления. Происходит нормализация гемодинамики в венозном русле, лизирование микротромбов, улучшение реологических свойств крови, снижение давления в глубоких венах голени.

Таким образом, гирудотерапия позволяет разорвать «порочный круг» балансирующего кровотока, нормализовать кровоток в глубоких венах голени и снизить нагрузку на подкожную венозную сеть.

Положительные результаты гирудотерапии позволяют рекомендовать данный метод при комплексном лечении варикозной болезни: предоперационная подготовка и послеоперационное воздействие.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН

Ю. В. Новиков, А. А. Чумаков, Н. И. Быригин, В. Н. Шадрина
г. Ярославль

Цель исследования: изучить возможности оказания специализированной помощи больным с острым тромбозом поверхностных вен в отделении хирургии сосудов и возможности ее совершенствования.

Материал и методы: нами проведен анализ лечения 1756 больных с острым тромбозом поверхностных вен нижних конечностей. Для определения характера и объема последующего лечения больным с острым тромбозом поверхностных вен проводили комплексное обследование с использованием клинических и инструментальных методов исследования. Возможность точной диагностики и оценки результатов лечения значительно выросла при применении дуплексного сканирования венозного русла, включающего ультразвуковое ангиосканирование и ультразвуковую доплерографию. Исследование проводилось на ультразвуковой установке типа «Ultramark-9», с датчиком 5–10 МГц. Данный метод позволяет определить диаметр венозных стволов, внутрисосудистые включения, исследовать кровоток в венозном русле. Оперативная активность у этого контингента больных повысилась с 40 до 90% в последние годы. Считаем, что успех хирургического вмешательства при остром тромбофлебите во многом зависит от пунктуального и четкого проведения каждого его этапа.

Разработанные нами технические приемы ревизии сафенофemorального соустья, обработки тромбированных коммуникантных вен позволили уменьшить число послеоперационных осложнений, избежать смертельных эмболий легочной артерии и расширить показания к экстренным операциям у больных с восходящим тромбофлебитом. Расширяя показания к оперативному лечению острых тромбозов поверхностных вен нижних конечностей, мы чаще стали оперировать больных в пожилом и старческом возрасте, а также выполняем оперативные вмешательства у беременных и родильниц.

Результаты: разработанный и применяемый нами комплекс организационно-лечебных мероприятий в отделении хирургии сосудов позволил добиться улучшения качественных показателей: средняя продолжительность пребывания больного на койке до операции по поводу острого тромбоза поверхностных вен составила 1,6 дня, а после операции 4 дня.

Заключение: накопленный нами опыт позволяет сделать вывод, что все больные с тромбозом поверхностных вен подлежат незамедлительному направлению в отделение хирургии сосудов с флебологическим уклоном, где может быть оказана специализированная лечебная помощь в необходимом объеме.

ПРИМЕНЕНИЕ МИЛИАЦИЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Г. Нузов, Д. В. Юрин
г. Оренбург

Впервые изучена эффективность местного применения созданного в Оренбургской медицинской академии нового препарата милиацила (просяного масла) в комплексном лечении 74 больных (испытуемая группа) с острым тромбофлебитом поверхностных вен конечностей. Возраст больных колебался от 24 до 73 лет. В контрольную группу вошли 77 аналогичных больных, у которых вместо милиацила применялась гепариновая мазь. В остальном всем пациентам проводилось общепринятое комплексное лечение. У больных испытуемой и контрольной групп, у которых проведено оперативное лечение острого тромбофлебита варикозно расширенных вен нижних конечностей, с целью определения эффективности использования милиацила в пред-

операционном периоде, в момент операции проводилось иссечение участка воспалительно измененных вен с последующим гистологическим, гистохимическим, гистоавторадиографическим исследованием. Оперативное вмешательство на венах выполнено у 36 больных испытываемой и у 42 — контрольной группы.

Анализ проведенных исследований свидетельствует о том, что более благоприятные результаты лечения установлены у больных с острым тромбофлебитом поверхностных вен конечностей при использовании местно мелиацила. Длительность стационарного лечения больных испытываемой группы составила в среднем $13,7 \pm 1,6$ дня, что в 1,5 раза меньше таковой ($20,7 \pm 2,1$ дня) больных контрольной группы ($p < 0,05$).

У больных, у которых мелиацил использован для подготовки к оперативному вмешательству, в среднем сроки ее ($3,4 \pm 0,2$ дня) в 1,4 раза меньше, чем при применении гепариновой мази ($4,7 \pm 0,3$ дня, $p < 0,05$). Клинические данные о более выраженном лечебном влиянии мелиацила по сравнению с гепариновой мазью подтверждены гистологическими, гистохимическими и гистоавторадиографическими исследованиями иссеченных участков воспалительно измененных вен. Микроскопическими исследованиями установлено, что применение мелиацила приводит к быстрому завершению стадии воспаления.

Общих и местных осложнений при использовании мелиацила не выявлено.

Благоприятные результаты применения мелиацила в комплексном лечении острого тромбофлебита поверхностных вен конечностей обусловлены его составными частями, являющимися биокатализаторами, ускоряющими обменные процессы в тканях (ненасыщенные жирные кислоты, стероидные соединения, токоферолы, каротиноиды).

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать заключение, что использование местно мелиацила в комплексном лечении острого тромбофлебита поверхностных вен конечностей позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить его сроки, получить значительный экономический эффект.

ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ТРОМБОФЛЕБИТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. Н. Пиксин, М. Д. Романов, А. В. Телегин, В. И. Махров, В. Н. Яушев, А. В. Матюшкин
г. Саранск

Под нашим наблюдением находилось 210 больных с поверхностным тромбофлебитом вен нижних конечностей в возрасте от 31 до 60 лет. Из них 122 проводилось консервативное лечение, 88 — хирургическое. Мужчин было 66 (31,4%), женщин — 144 (68,6%). Острый тромбофлебит отмечен у 74 (35,3%), подострый — у 36 (17,1%) и хронический — у 100 (47,6%).

При консервативном лечении применяли паравенозную блокаду 0,25%-ным раствором новокаина по 200—300 мл с антибиотиками, реополиглюкин по 400 мл внутривенно через день 2—3 раза, антикоагулянты, гирудотерапию, лазеротерапию.

При наличии трофических язв на конечности под основание язвы вводили 0,25%-ный раствор новокаина (30—40 мл) с добавлением антибиотиков с интервалом в 2 дня. На язву накладывали повязку с антисептиками, а с целью снижения венозного давления — компрессионную повязку. Хорошие результаты были у 63, удовлетворительные — у 36, неудовлетворительные — у 10 больных.

Хирургическое лечение проводилось 38 — с острым тромбофлебитом, 10 — с подострым, 40 — с хроническим. Результаты лечения были у 29 (32,9%) — отличные, у 47 (53,8%) — хорошие, у 12 (13,6%) — удовлетворительные.

Показаниями к операции были: 1. Хронический тромбофлебит поверхностных вен независимо от наличия трофических расстройств кожи и возраста; 2. Острый и подострый поверхностный тромбофлебит, развившийся в варикозно расширенных венах; 3. Тромбофлебит поверхностных вен у беременных, не поддающийся консервативному лечению.

Противопоказания к операции: 1. Тромбофлебит поверхностных вен без варикоза вен; 2. Наличие тромбоза в венах при непроходимости глубоких вен; 3. Болезнь Бюргера; 4. Сердечная и печеночная недостаточность.

Считаем, что консервативное лечение больных поверхностным тромбофлебитом с трофическими изменениями в нижних конечностях не приводит к выздоровлению. Высокоэффективным является хирургический метод лечения в острой и подострой стадиях болезни до наступления трофических изменений в нижних конечностях. Трофические язвы до 2—2,5 см в диаметре заживают без дополнительной кожной пластики.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЗОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПОЛИКЛИНИКИ

В. В. Рогозин, А. М. Гарипова
г. Черноголовка

В отделении поликлинической хирургии оперативное лечение больных с варикозной болезнью нижних конечностей проводится с 1993 г. Всего прооперировано 416

человек. Из них пациенты с тромбозами поверхностных вен составили 29 (6,9%). Мужчины — 9 (2,1%), женщины — 20 (4,8%). Наибольшее число случаев тромбоза поверхностных вен приходилось на больных старше 50 лет — 4,3%. Пациенты от 20 до 50 лет составили 2,5%. Тромбозы у больных до 20 лет не отмечались. Длительность заболевания варикозной болезнью у больных с тромбофлебитами составила 10–15 лет.

У больных с клинической картиной восходящего тромбофлебита, угрозой тромбоэмболии легочной артерии, тяжелым соматическим состоянием проводились операции Тренделенбурга по срочным показаниям с обязательной перевязкой ствола большой подкожной вены у медиальной лодыжки. Такие операции проведены в 3,1% случаев (13 больных) под местной анестезией. У остальных 16 больных (3,3%) была произведена эндоваскулярная коагуляция варикозных вен с экстракцией тромбированных участков. После операции больные получали троксевазин в капсулах, аспирин. У больных после операции Тренделенбурга дополнительно проводилось местное лечение тромбированных участков: гепариновая, троксевазиновая мази, физиолечение, лазеротерапия. Вторым этапом лечения у данной группы больных составила операция веноэкстракции тромбированных участков после стихания явлений острого тромбофлебита. Операции проводились под местной анестезией. У пациентов, которые воздерживались от второго этапа операции, проводилось стандартное лечение консервативными методами. Тромбоэмболией легочной артерии, распространения тромбоза на глубокую систему вен у данной категории больных не отмечено.

Течение послеоперационного периода у больных с тромбозом поверхностных вен, перенесших коагуляцию, практически не отличалось от контрольной группы больных без тромбоза вен перед операцией.

Наличие отделения поликлинической хирургии на базе многопрофильной поликлиники делает возможным проводить полноценное хирургическое лечение данной категории больных, не прибегая к госпитализации в стационар.

Полученные данные позволяют рекомендовать метод эндоваскулярной коагуляции вен для лечения больных с варикозной болезнью, осложненной тромбозом поверхностных вен, в условиях дневного стационара поликлиники.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С. В. Садов, Я. Г. Шульман, А. В. Романовский

г. Тверь

С 1991 по 1999 год в клинике оперировано по поводу острого и подострого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей 162 больных, в том числе: женщин — 110, мужчин — 52. Возраст больных составил от 20 до 79 лет, в среднем — 50 лет. Все патологические процессы в большой подкожной вене и ее притоках по локализации распределялись следующим образом: изолировано на голени — у 16 больных, на голени и бедре (от средней или верхней трети голени до нижней или средней трети бедра) — у 104. В верхней трети бедра тромб находился у 42 пациентов, у 4 из них тромб находился в просвете бедренной вены. В 3 случаях тромб находился в венозной аневризме большой подкожной вены у места ее впадения в бедренную вену.

В первые сутки от начала заболевания в стационар не поступил ни один больной, на вторые — 10%, большинство пациентов поступило на 3–4-е сутки. Некоторые пациенты с подострым тромбофлебитом поступали через 2–3 недели от начала заболевания.

Операция обычно проводилась под общим (эндотрахеальным, внутривенным) или местным обезболиванием врачами-флебологами. Во время операции применялись специально разработанные веноэкстракторы. 14 больным была выполнена веноэктомия комбинированным способом по Троянову-Тренделенбургу, Нарату, Караванову, Коккету и перевязка коммуникантных вен на стопе. В последнее время лечение больных проводилось в два этапа: на первом этапе всем больным выполняли операцию Троянова-Тренделенбурга, Нарата; на втором, через 1,5–2 месяца после купирования воспалительных явлений, проводилась комбинированная флебэктомия. С 1998 года на первом этапе кроме операции Троянова-Тренделенбурга мы стали выполнять перевязку большой подкожной вены и коммуникантных вен дистальнее лодыжки.

Срок нахождения больного в стационаре не превышал 3–5 дней, в послеоперационном периоде предполагалось раннее вставание больного, эластическая компрессия, медикаментозная терапия, профилактическая гимнастика для ног и магнитолазерная терапия на тромбированные вены.

Оптимальные результаты лечения больных с ОТПВ были получены при следующей тактике: экстренная операция у больных с острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены на бедре; операция у больных с ОТПВ и с подострым тромбофлебитом вен голени — на 2-й день от момента поступления в стационар.

Активная хирургическая тактика лечения больных с ОТПВ в сочетании с магнитолазерной терапией, медикаментозным лечением, эластической компрессией и гим-

настикой для ног позволяют сократить сроки лечения больных в стационаре и в амбулаторных условиях, улучшить результаты лечения при постоянном наблюдении у флеболога.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН И ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

В. П. Сажин, А. Л. Авдосенко, В. М. Емксужев

г. Новомосковск

Под нашим наблюдением находилось 118 больных с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной тромбофлебитом поверхностных вен (ТПВ) и у 78% больных трофическими язвами голени в возрасте от 28 до 76 лет. Женщины составили 88% больных.

Тактика лечения больных была дифференцированной и зависела от локализации и распространенности ТПВ нижних конечностей, размера и выраженности гнойно-некротического процесса в трофической язве и окружающих тканях, соматической патологии.

У 22 (18,6%) больных (первая группа) с восходящим ТПВ на фоне тяжелой соматической патологии выполнена операция Троянова-Тренделенбурга.

У 18 (18,3%) больных с ограниченным и восходящим ТПВ без сопутствующей патологии была выполнена комбинированная флебэктомия в первые сутки с момента поступления.

Третью группу — 46 (22%) — составили больные с ТПВ и трофическими язвами, не превышающими в диаметре 3 см, без признаков перифокального воспаления кожи, микробной обсемененностью язвы, не превышающей 10^4 – 10^5 КОЕ/мл. В этой группе больных также выполняли комбинированную флебэктомию с перевязкой и пересечением коммуникантных и перфорантных вен с последующим лечением язвы в абактериальной среде.

Четвертую группу — 52 (44,1%) — составили больные с ТПВ и обширными трофическими язвами голени с гнойно-некротическим налетом, микробной экземой. У этих больных хирургическое вмешательство заключалось в перевязке большой подкожной вены с последующей тщательной санацией язвы с применением абактериальной среды, иммобилизованных протеолитических ферментов. В комплекс терапии наряду с общепринятой антикоагулянтной терапией и сосудистыми препаратами включали антибиотикотерапию, УФО аутокрови, ВЛОК, местно магнитолазерную терапию. После очищения язвы, снижения микробной обсемененности до 10^4 – 10^5 КОЕ/мл, стихания тромбофлебита выполняли свободную аутодермопластику расщепленным лоскутом. Флебэктомию у этих больных выполняли через 3–4 недели после заживления язвы.

Такой подход позволил избежать летальных исходов и тяжелых гнойных осложнений у больных с острым ТПВ нижних конечностей трофическими язвами и добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. М. Седов, Ю. В. Лукьянов

г. Санкт-Петербург

Цель работы — оценка эффективности комплексной консервативной терапии венозных тромбозов нижних конечностей.

В исследование включено 32 пациента в возрасте от 42 до 64 лет, средний возраст 49 лет, с тромбозом поверхностных вен нижних конечностей. У всех больных имелась хроническая венозная недостаточность (ХВН), обусловленная варикозной болезнью вен нижних конечностей. Диагноз был установлен на основании клинических симптомов и с помощью ультразвукового исследования.

Оценку результатов проводили на основании анализа субъективных жалоб (болевой синдром, чувство тяжести, судороги в икроножных мышцах) и выраженности отека голени. Выраженность субъективных показателей определяли по шкале оценки интенсивности боли (ШОИБ) Sigma — Tau-BRG до начала лечения и с интервалом в неделю, что позволяло контролировать эффективность проводимой терапии. Для оценки гемодинамики и метаболизма конечности использовали методы лазерной доплеровской флоуметрии, коагулографии, вязкозиметрии, определялись реологические показатели: гематокрит, вязкость плазмы, вязкость цельной крови при разных напряжениях сдвига, адгезия лейкоцитов, агрегация и деформируемость эритроцитов.

Результаты проведенного исследования на начальном этапе показали, что у всех больных параметры реологии крови в значительной степени отличались от нормы. Отмечено достоверное увеличение вязкости крови (в среднем на 14%), агрегации эритроцитов ($KAgrg > 0,43$) и адгезии лейкоцитов, снижение деформируемости эри-

троцитов. Выявленные реологические сдвиги способствовали развитию тканевой гипоксии, затрудняли диффузный перенос кислорода из крови в ткань, а гипераггезия лейкоцитов и низкая деформируемость эритроцитов существенно увеличивали сопротивление кровотока. Это требовало применения комплекса препаратов, обладающих способностью усиливать тонус вен, активизировать антиоксидантную систему, реологические и микроциркуляторные процессы, препятствовать тромбообразованию.

Больным проводилась фармакотерапия по следующей схеме:

солкосерил из расчета 20 мг/кг веса внутривенно на 200 мл 0,9% NaCl № 12—14; детралекс 1 табл. 2 раза в день (курс 45—60 дней);

фраксипарин по 7500 ед. (0,3 мл) 2 раза в день № 5 и 7500 ед. раз в день № 10.

В результате лечения после 12—14 процедур у всех больных отмечалось увеличение линейной скорости кровотока в среднем в 1,6 раза, время рекальцификации увеличивалось на 25—35 сек., толерантность крови к гепарину на 30—35 сек., вязкость уменьшалась в среднем на 21%, острофазовые показатели (СОЭ, фибриноген) имели выраженную тенденцию к снижению.

Нормализация реологического статуса в результате применения указанных фармакологических препаратов сопровождалась положительной клинической симптоматикой. Рецидивы тромбозов в сроки наблюдения до 5 лет отсутствовали.

Таким образом, полученные данные указывают на высокую эффективность комплексной патогенетической терапии венозных тромбозов у больных с ХВН нижних конечностей.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА

А. Ш. Серажитдинов, А. А. Фокин, Л. А. Орехова, А. Г. Кузнецов, В. В. Владимирский
г. Челябинск

За период с марта 1998 года по декабрь 1999 года у 26 больных с варикозной болезнью нижних конечностей мы изменили тактику ее лечения. Основанием для отказа от традиционных принципов вмешательства являлся перенесенный тромбофлебит большой подкожной вены (БПВ). Преобладали лица женского пола в возрасте от 28 до 67 лет. Операция проводилась через 2,5—6 месяцев после стихания явления тромбофлебита. Непроходимость вены в зоне тромбоза подтверждена данными дуплексного сканирования. В зависимости от локализации тромбоза и от того, была ли выполнена кроссэктомия, применяли три вида вмешательства. В первой группе (9 пациентов) при тромбофлебите только на бедре, перенесенной ранее кроссэктомии и отсутствии низкого вено-венозного сброса ограничивались исключительно периферической склеротерапией. В аналогичных случаях (у 6 больных), но при наличии признаков низкого вено-венозного сброса производили надфасциальную перевязку перфорантов из отдельных разрезов и катетерную склеротерапию БПВ на голени и бедре, исключая окклюзированный вследствие тромбоза ее сегмент. У 11 человек с неразделенным в остром периоде сафено-бедренным соустьем произвели кроссэктомию и сразу же катетерную склерооблитерацию БПВ, не трогая облитерированный отрезок вены. Для введения склерозанта использовали два катетера. Один из них вводился сверху, а второй — снизу до места окклюзии БПВ. В последующем, спустя 1,5—2 месяца, при необходимости проводилась периферическая склеротерапия, как правило, в амбулаторном порядке. В качестве склерозирующего препарата применялся фибро-вейн.

В ближайшем периоде из осложнений наблюдались у 4 больных временная гиперпигментация по ходу вены. В отдаленные сроки от 3 до 22 мес. рецидива варикоза не отмечено.

На основании своих наблюдений мы убедились, что вмешательство в полном объеме на БПВ после перенесенного ее тромбоза не оправданно. Лечебные действия не должны затрагивать окклюзированный сегмент этой вены. В результате не в ущерб радикальности уменьшается травматичность операции, повышается ее косметичность и сокращается время пребывания больных в стационаре.

ОСТРЫЙ ПОВЕРХНОСТНЫЙ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТ: ДВА ПОДХОДА К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Б. С. Суковатых, П. М. Назаренко, Л. Н. Беликов, О. А. Родионов, С. А. Абрамова, А. Н. Щербаков
г. Курск

Цель исследования. Улучшить результаты лечения острого варикотромбофлебита.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп больных варикозной болезнью, осложненной поверхностным тромбофлебитом. Группы были равнозначны по полу и возрасту пациентов, протяженности и выраженности тромбофлебитического процесса. Первую группу составил 41 больной, у которых радикальная венэктомия проводилась одномоментно в остром периоде течения

варикотромбофлебита. Иссечение тромбированных вен проводилось одним блоком вместе с окружающей воспаленной подкожно-жировой клетчаткой. Вторая группа состояла из 60 больных, лечение которых проводилось в два этапа. На первом выполнялась перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную и 3 курса паравазального введения смеси лекарственных веществ (преднизолон 30 мг, гепарин 10000 ед., ампициллин 1 млн. ед., 0,25%-ный раствор новокаина 200 мл), обладающей анальгезирующей, противовоспалительной, антикоагулянтной и антимикробной активностью. Первое введение лекарственной смеси осуществляли на операционном столе, второе и третье — с суточным интервалом. Дополнительно назначали нестероидные противовоспалительные препараты, дезагреганты, венотоники, лазерное и магнитное облучение тромбированных вен. Применение подобного лечения позволяет купировать явления острого тромбофлебита в течение 7–10 дней. Второй этап операции проводили через 4–6 недель после выписки больного из стационара — удаление тромбированных вен методом «туннелирования», над- или субфасциальную перевязку недостаточных коммуникантных вен.

Результаты лечения больных в 1-й и 2-й группах соответственно были следующими. Краевые некрозы и нагноения операционных ран отмечались у 17% и 3,3%, стойкие отеки оперированной конечности, сопровождающиеся неврологическими расстройствами в результате повреждения лимфатических путей и подкожных нервов, — у 14,6% и 1,7% больных.

Заключение. Хирургическое лечение острого поверхностного варикотромбофлебита целесообразно проводить в два этапа. Подобный подход позволяет улучшить результаты лечения больных.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Ю. Терещенко, Г. А. Измайлов, А. Л. Мавзютов, С. Г. Измайлов
г. Казань

Авторы наблюдали 98 больных с острым тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей с различной локализацией тромба. Преимущественно поражалась большая подкожная вена. Все больные получали комбинированное лечение, включая реовазографию, антикоагулянты, спазмолитики, дезагреганты, фибринолитические и неспецифические противовоспалительные средства. После стихания острых явлений, что обычно наступало на восьмые сутки, использовали физиотерапевтические факторы, в частности, электрофорез гепарина и ферментов протеолиза, ультразвук с гидрокортизоном. Мы являемся активными сторонниками интенсивного лечения, в основе которого лежит оперативный метод.

До операции больные подвергались клиническому обследованию, включая рентгеноконтрастную флебографию. Установлено, что граница истинного тромба в подкожной вене находится на 10–15 см проксимальнее границы определяемого при пальпации перифлебического инфильтрата. Абсолютными показаниями к неотложной операции у 12 (10,2%) пациентов служили: острый прогрессирующий восходящий тромбофлебит на уровне бедра (6), признаки (кашель с выделением кровянистой мокроты, плевральные боли, одышка, тахикардия и др.) тромбоэмболии ветвей легочной артерии (4), гнойный тромбофлебит, неэффективность консервативного лечения (2) в течение 48 часов. 18 (18,3%) человек отказались от операции, а 7 (7,1%) имели противопоказания к ней (тяжелое общее состояние, обусловленное сопутствующими заболеваниями).

Оперативному лечению подвергнуто 73 человека. В 69 (94,5%) случаях произведена одно- (61) и двусторонняя (8) радикальная сафенэктомия на протяжении конечности с лигированием коммуникантных вен. Тромбированные вены преимущественно удаляли методом туннелирования и только при плотных и обширных инфильтратах иссекали единым блоком с окружающими тканями. Операцию начинали с ревизии сафенофemorального соустья. При наличии (3) флотирующего тромба в бедренной вене его удаляли на высоте пробы Вальсальвы до получения отчетливого ретроградного кровотока. У 4 больных из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний выполнена операция Троянова-Тренделенбурга, преимущественно под перидуральной анестезией. Умерли 2 (2,04%) неоперированных больных от тромбоэмболии легочной артерии. Источником эмболии явился переход тромбоза на бедренно-подвздошный сегмент.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОФЛЕБИТОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

П. Н. Шевцов, В. В. Рогозин
г. Черногоровка

Цель исследования: изучить состояние опорно-двигательного аппарата у больных с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной тромбофлебитом поверхностных вен.

Объект исследования: обследованы 29 больных с варикозной болезнью нижних конечностей, осложненной тромбофлебитом поверхностных вен. Проведен визуальный осмотр мануальных терапевтов, спондиллография, ультразвуковое исследование венозной системы до и после курса мануальной терапии.

Результаты: у всех больных выявлены изменения опорно-двигательного аппарата — сколиоз, оглаженность или гиперлордоз в поясничном отделе позвоночника, укорочение одной из конечностей. Спондиллография поясничного отдела диагностировала хондроз межпозвонковых дисков, остеохондроз позвоночника. При мануальной диагностике определяется болезненность в области подвздошно-крестцового сочленения. Ультразвуковая диагностика указывала на венозную гипертензию нижних конечностей. После проведенного курса предоперационной мануальной терапии, коррекции длины конечности ортопедическими стельками отмечено субъективное снижение болевого синдрома, объективное уменьшение отека голеней и стоп. Ультразвуковой контроль установил снижение венозной гипертензии нижних конечностей.

Все больные прооперированы методом эндоваскулярной коагуляции.

На 8—10-е сутки после операции больным начата послеоперационная мануальная терапия: от 7 до 10 сеансов. По сравнению с контрольной группой больные, прошедшие курс мануальной терапии, отмечают более быстрое уменьшение и прекращение болевого синдрома после операции, гипестезии в области голеней, отека стоп.

Выводы: изменения в поясничном отделе позвоночника у больных с варикозной болезнью нижних конечностей приводят к поражению периферических нервов (корешковый синдром). Следствием этого является снижение тонуса икроножных мышц, что в свою очередь приводит к венозному застою и гипертензии, являющимися факторами риска тромбообразования.

Введение в комплекс лечения варикозной болезни нижних конечностей, осложненной тромбофлебитом, курса мануальной терапии позволяет снизить риск тромбообразования, существенно уменьшить болевой синдром до и после операции.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУКЦИНАТА НАТРИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. А. Авакимян, В. В. Зорик
г. Краснодар

Основным осложнением острой фазы тромбоза глубоких вен нижних конечностей является посттромбофлебитический синдром (1,5—5%). Хронические воспалительные процессы на уровне системы микроциркуляции приводят к развитию трофических язв над медиальной лодыжкой. Обычно они одиночные, края слегка приподнятые, мягкие и закругленные. Плоское дно покрыто вялыми грануляциями, часто присоединяется суперинфекция (*Proteus* или *pseudomonas*).

В клинике госпитальной хирургии Кубанской государственной медицинской академии в комплексе лечения у 38 больных кроме традиционных сосудистых препаратов использовался сукцинат натрия, являющийся производным янтарной кислоты. Сукцинат натрия снижает и предупреждает тромбообразование, уменьшает сосудистое сопротивление, усиливает тканевый кровоток, повышает утилизацию кислорода и тканевый обмен, корректирует метаболический ацидоз, повышает резистентность тканей к повреждающим воздействиям, способствует лучшему проникновению лекарственных веществ через биологические мембраны и снижает их токсичность. Сукцинат натрия назначался в дозе 0,5 г два раза в сутки в течение 10 дней. Более длительный непрерывный курс может привести к истощению в организме запасов фермента сукцинатдегидрогеназы, необходимого для утилизации препарата. Повторный курс сукцинатотерапии проводится после перерыва не менее 10 дней. Этого интервала было достаточно для восстановления в тканях нормального уровня сукцинатдегидрогеназы. Для активации фермента сукцинатдегидрогеназы, необходимого для утилизации препарата, вводили в течение курса приема сукцината натрия по 2 мл кордиамина.

В процессе лечения местно применяли «Бализ-2», представляющий собой слегка желтоватую жидкость со слабым характерным запахом, получаемую путем ферментации бактерий. «Бализ-2» обладает антибактериальной активностью в отношении протей, стафилококка, синегнойной палочки и др. Препарат способствует отторжению некротических тканей и разжижению гноя, стимулирует репаративные процессы в ране, оказывает местное раздражающее действие. Поверхность язвы обрабатывалась раствором «Бализ-2» вместо обычных антисептических препаратов, затем накладывалась на нее обильно смоченная препаратом марлевая салфетка на 15 минут, после чего накладывалась такая же салфетка на 10—12 часов. При применении препарата возможны болевые реакции, которые снимались раствором новокаина, на-

кладывая на несколько минут марлевую салфетку, смоченную 2%-ным раствором новокаина.

Микроциркуляция в коже изучалась с помощью газоанализатора ТСМ-2 фирмы «Radiometer» (Дания), а глубокий кровоток — тетраполярной реовазографией с расчетом индекса минутного кровотока в сегменте нижней конечности. В результате нашей методики поверхностный кровоток увеличился на 25%, а глубокий кровоток — на 50%. Все язвы зажили, а сроки очищения и заживления сократились на 37,3%. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре сократилась на 8—10 дней.

Таким образом, использование сукцината натрия и препарата «Бализ-2» является целесообразным в комплексном лечении язв нижних конечностей при хронической венозной недостаточности.

ФЛЕБОСКЛЕРОЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Н. Белая, С. А. Козлов, И. Б. Таратынов, Е. А. Рыгин
г. Саранск

В последние годы при лечении варикозной болезни все более широкое применение находят малотравматичные и косметические методы лечения, в том числе и склеротерапия. Этот метод при лечении варикозной болезни использован нами амбулаторно у 32 больных, у 6 больных лечение проводилось стационарно.

Показаниями для склеротерапии явились отсутствие жалоб, кроме косметических, единичные варикозные узлы, отказ от оперативного лечения. Из склерозирующих препаратов использовали 3%-ный раствор тромбовара. Препарат вводили в количестве 2 мл через 2—3 дня, начиная с дистальных варикозных узлов. В зависимости от выраженности расширения вен курс лечения составлял 2—4 инъекции. У части больных (7) за одну процедуру препарат вводили путем многократных пункций по ходу расширенных вен и введения каждый раз малых доз препарата (0,3—0,4 мл). В промежутках между пункциями и в последующие 2 месяца пациенты носили эластический бинт.

У двух больных склеротерапию проводили при индуративной и язвенной форме варикозной болезни с хорошими непосредственными и отдаленными результатами (уменьшение индурации кожи, эпителизация язв).

Из осложнений у двух больных в месте введения препарата наблюдали ограниченный некроз кожи, и у одной — выраженный постинъекционный тромбофлебит и паравазальный инфильтрат. Эти осложнения наблюдались при применении концентрированного (3%) раствора тромбовара, который вводили в вены малого диаметра. Вследствие прокола стенки вены или быстрого введения раствора последний попадал в паравазальную клетчатку. При этом даже введение раствора в просвет вены может вызвать подобное осложнение вследствие возможного вытекания раствора из ее просвета. Поэтому в дальнейшем при введении раствора в просвет вен малого диаметра (в том числе и при телеангиоэктазиях) мы пользовались только 1,5%-ным раствором препарата. Мы ни разу не встречали тромбофлебит глубоких вен конечностей, возможно, вследствие активного ведения пациентов после склеротерапии.

У 4 больных в течение двух лет наступил рецидив заболевания в виде появления варикозных узлов на других участках конечности, им проведена повторная склеротерапия. Одна из них оперирована в плановом порядке.

Исходя из полученных результатов, склеротерапию рекомендуем проводить при единичных варикозных узлах, которые беспокоят пациентов больше косметически, и только отказ от операции является показанием для ее проведения при значительном расширении подкожных вен, индуративно-язвенной варикозной болезни.

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ю. В. Бирюков, А. Д. Тимошин, И. А. Царенко, А. И. Черносков, А. Ю. Семенов
г. Москва

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в последнее время в хирургии вен, проблема лечения рецидива варикозной болезни нижних конечностей остается весьма актуальной. По данным различных авторов, частота развития рецидивов после оперативного лечения и компрессионного флебосклерозирования колеблется от 6 до 85%.

В отделении общей хирургии РНЦХ РАМН за последние 5 лет находилось 126 больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей. У 98 (77,7%) пациентов рецидив варикозной болезни развился после оперативного лечения варикозной болезни и у 28 (22,3%) после склеротерапии.

Из 126 больных с рецидивом варикозной болезни нижней конечности у 88 (69,8%) пациентов имелось умеренное расширение подкожных вен (стадия компенсации), у 38 (30,2%) больных выявлено выраженное расширение поверхностных вен, несосто-

тельность перфорантных вен (стадия декомпенсации), из них у 7 имелись трофические расстройства в нижней трети голени.

У 30 (23,8%) больных наблюдались следующие осложнения: тромбофлебит варикозно измененных вен у 12 (9,5%) пациентов, глубоких вен — у 4 (3,2%), рожистое воспаление — у 7 (5,5%) и трофические расстройства у 7 (5,5%) больных.

Для определения объема оперативного вмешательства в обязательном порядке проводили ультразвуковую доплерографию, плетизмографию, дуплексное ангиосканирование сосудов нижних конечностей. В ходе предоперационного обследования было выявлено, что чаще всего рецидив болезни наступал вследствие ошибок, допущенных в ходе первичной операции.

Повторное оперативное вмешательство было выполнено 126 (100%) больным, причем 70 (55,6%) из них было выполнено в стационаре одного дня с ранней мобилизацией больного. Это значительно сократило срок госпитализации больных. Все операции проводили в плановом порядке под наркозом или спинномозговой анестезией. Удаление варикозно измененных вен с перевязкой коммуникантных вен было выполнено 110 (87,3%) больным, операция Линтона-Фельдера — 6 (4,7%), эндоскопическая субфасциальная перевязка коммуникантных вен — 10 (7,9%) больным. Сочетанные операции произведены в двух случаях: в первом случае выполнено удаление варикозно расширенных вен, эндоскопическая субфасциальная перевязка коммуникантных вен и лапароскопическая холецистэктомия, во втором случае удаление варикозных вен сочеталось с пластикой паховой грыжи.

Отдаленные результаты изучены у 115 (91,2%) больных. Отличные и хорошие отдаленные результаты получены у 102 (88,6%) пациентов, удовлетворительные — у 10 (7,9%), неудовлетворительные — у 3 (2,3%).

Таким образом, всестороннее клиническое и инструментальное обследование пациентов, включающее дуплексное ангиосканирование, позволяет выбрать наиболее оптимальный метод хирургического лечения у больных с рецидивом варикозной болезни нижних конечностей.

ПРОБЛЕМА ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А. В. Быков, С. И. Ларин, А. С. Назарук
г. Волгоград

Варикозная болезнь остается наиболее распространенным сосудистым заболеванием, а обусловленная ею хроническая венозная недостаточность сопровождается высоким процентом трофических расстройств нижних конечностей, значительным ухудшением качества жизни и экономическими потерями как пациента, так и государства.

Общепринятые в нашей стране схемы хирургического лечения ВБ типа радикальной флебэктомии в условиях стационара все шире сочетаются с малоинвазивными хирургическими вмешательствами и различными видами склеротерапии. Небольшая травматичность и относительная безопасность этих видов лечения позволили осуществлять вмешательства у большого процента этих больных в амбулаторных условиях.

Однако выбор лечебной тактики при ВБ до настоящего времени в основном базируется на личном опыте, опыте клиник, где изучение ПГ ВБ проводилось методами рентгеноконтрастной флебографии. Данные ультразвуковых методов хотя и получают все большее распространение, но, по нашему мнению, не стали объективным инструментом для выбора лечебной тактики и уточнения основных звеньев ПГ первичного варикозного расширения вен.

Задачей нашего исследования было сравнение данных УЗИ диагностики с клиническими проявлениями ВБ, результатами рентгеноконтрастной флебографии с целью выявления основного патогенетического звена в развитии ХВН. Кроме этого мы оценили ближайшие и отдаленные результаты различных видов склеротерапевтического и комбинированного лечения для выбора оптимального объема хирургического лечения.

Для этого мы провели обследование и лечение 2500 больных ВБ нижних конечностей. У 90% больных варикозное расширение вен локализовалось в бассейне большой подкожной вены. Средний возраст составил 40,5±1,0 года. Всем больным выполнялось клиническое обследование с определением степени ХВН по международной классификации CEAP, ультразвуковое дуплекссканирование поверхностных и глубоких вен нижних конечностей, ретроградная флебография. Всем больным были проведены различные виды лечения: инъекционной склеротерапии, комбинированное лечение с катетерным введением склерозанта и эндоскопической диссекцией перфорантных вен.

В результате нами было установлено, что данные ультразвуковых методов в отличие от рентгеноконтрастной флебографии хорошо коррелируют с клиническими проявлениями ВБ, позволяют прогнозировать ее течение. УЗИ-методы позволили уточнить показания к проведению эндоскопической диссекции перфорантных вен, выявить критерии эффективности проведения катетерной склеротерапии, а также более точно отбирать пациентов для лечения методом инъекционной склеротерапии. Сопо-

ставление данных УЗИ и рентгеноконтрастной флебографии позволило выявить основные звенья ПГ хронической венозной недостаточности у пациентов с трофическими расстройствами нижних конечностей, значение коммуникантных вен голени и подтвердить обоснованность этапного лечения этой группы пациентов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕОПТИЧЕСКОЙ СУБФАЦИАЛЬНОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. Е. Васильев, Г. А. Пышаков
г. Москва

Цель исследования: разработка радикальной методики неоптической диссекции перфорантных вен голени при посттромботической болезни нижних конечностей из мини-доступа.

Оперировано 19 пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей, осложненной развитием обширных трофических расстройств тканей голени. Сравнивались три группы больных: первая — операция проведена из одного мини-доступа (9 пациентов), вторая — из двух мини-доступов (7 пациентов), третья — больные, оперированные в условиях временной компрессионной окклюзии артериального кровотока оперируемой конечности (3 пациента).

Наблюдения за больными в послеоперационном периоде показали его благоприятное течение у пациентов с неоптической диссекцией перфорантных вен по сравнению с традиционным течением послеоперационного периода после операции Линтона (уменьшение интенсивности болей, скорейшее восстановление походки, снижение числа послеоперационных койко-дней) (см. таблицу № 1).

Радикальность вмешательства оценивалась сравнением до- и послеоперационных результатов радиофлебосцинтиграфии. У больных с 1 мини-доступом радикальное вмешательство удалось произвести у 5 из 9 пациентов (55%), у больных с 2 мини-доступами — у 7 из 7 (100%), у пациентов, оперированных в условиях временной окклюзии артериального кровотока, у 3 из 3, используя один мини-доступ.

Когда операции производились в условиях временной окклюзии артериального кровотока, отсутствие интраоперационных кровотечений из пересекаемых перфорантных вен позволяло под визуальным контролем достигать всех отделов субфасциального пространства и беспрепятственно проводить тотальное разобщение поверхностной и глубокой венозных систем голени. При этом время оперативного вмешательства сокращалось в 1,5 раза (с 55 до 35 минут).

Неоптическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени у больных с посттромботической болезнью с использованием нескольких мини-доступов позволяет добиться максимального радикализма хирургического вмешательства.

Применение временной окклюзии артериального кровотока значительно сокращает время операции, упрощает технику ее выполнения, повышает радикализм вмешательства, практически не увеличивая операционную травму.

Таблица 1. Сравнение послеоперационного периода

Вмешательство	Операция Линтона	НДДПВ без окклюзии артериального кровотока	НДДПВ в усло- виях окклюзии артериального кровотока
Показатели			
Длительность болевого периода	5—6	2—3	1—3
Длительность периода восстановления походки	5—6	2—4	1—3
Количество п/о койко-дней	13—14	9—11	8—9

АПОПТОЗ ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ РАН

Д. В. Крысько, Ю. Г. Шапкин
г. Саратов

Этиология и патогенез трофических язв и длительно не заживающих ран до настоящего времени еще полностью не изучены. Причинами возникновения большинства трофических язв нижних конечностей являются хроническая венозная недостаточность и посттромбофлебитический синдром. Все трофические язвы независимо от

их происхождения имеют характерные черты: длительное существование кожного дефекта, рубцовые и дистрофические изменения в окружающих тканях и, как следствие этого, отсутствие тенденции к самостоятельной эпителизации. Анализ литературы свидетельствует о том, что нередко положительный эффект консервативной терапии оказывается нестойким и язвы вновь рецидивируют.

Новые перспективы в лечении трофических язв и длительно не заживающих ран открывают методики, позволяющие определять и корректировать процесс апоптоза во время заживления ран. Апоптоз — это такая форма клеточной смерти, которая может быть охарактеризована как морфологически, так и биохимически и может быть рассмотрена как процесс, обратный митозу. При апоптозе клетка сокращается (уменьшается в размерах), уплотняется. Хроматин приобретает черты пикноза и упаковывается в однородные массы. При этом ядро может повреждаться (кариорексис), и клетка приобретает способность образовывать псевдоподии, содержащие пикнотические фрагменты ядра. Это приводит к образованию апоптотических телец, которые подвергаются фагоцитозу макрофагами или соседними клетками. ДНК клетки фрагментируется на 180 частей. Апоптоз находится под генетическим контролем и может быть запущен при помощи как внутриклеточных агентов, так и через внеклеточные. К внеклеточным относят: гормоны, цитокины и множество химических, физических и вирусных факторов. Апоптоз является естественным механизмом гибели клеток. Патологическая регуляция апоптоза может играть роль в развитии многих заболеваний: аутоиммунные заболевания, СПИД, заболевания нервной системы (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, спинальная мышечная атрофия и др.).

Апоптоз имеет место в течение всех стадий заживления ран (воспалительной, пролиферативной, реорганизация рубца). Каждая стадия начинается с увеличения определенной клеточной популяции, которая, выполнив свою функцию, должна исчезнуть из раны, перед тем как процесс заживления перейдет в следующую стадию. Таким образом, клетки могут покидать рану следующими способами: некроз, миграция и апоптоз. Но наиболее логичным механизмом является апоптоз, а не некроз, так как он не приводит к развитию воспалительной реакции в ране. В заключение следует отметить, что нарушения баланса между пролиферацией клеток и апоптозом во время заживления ран может приводить к развитию длительно не заживающих ран, келоидных рубцов.

КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЕНОЗНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

А. Г. Кузнецов, А. А. Фокин, Ал. Ан. Фокин, С. П. Зотов, И. А. Андриевский, А. А. Орехова, А. Ш. Серажитдинов, А. А. Карпулова, Д. И. Алексин
г. Челябинск

Цель исследования: изучить последствия резекции сегмента бедренной вены и значимость коллатералей бедренной зоны в механизмах компенсации кровообращения.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 92 больных с октября 1986-го по ноябрь 1999 года после резекции бедренной вены от подколенной до впадения глубокой вены бедра (в дальнейшем поверхностная бедренная вена ПБВ).

Резецированный венозный сегмент использовался в качестве аутоотрансплантата:

- * у 66 пациентов для замещения инфицированного синтетического сосудистого протеза;

- * у 22 больных для протезирования сосудов при их взаимосвязи со злокачественными опухолями;

- * у 3 пациентов ПБВ резецирована при удалении сарком бедра;

- * у 1 больной с хронической почечной недостаточностью, требующей гемодиализа, для наложения артериовенозных фистул последовательно с обеих сторон.

Бедренная вена выделялась на протяжении от впадения в нее глубокой вены бедра до v. poplitea выше вен колена. При резекции фрагмента бедренной вены сохраняли главные коллатерали поверхностной бедренной и подколенной артерий, подкожный нерв, большую подкожную вену и относящуюся к ней v. saphena accessoria, также сохраняли проходимость и без деформации слияние v. profunda femoralis и v. femoralis, что являлось важным для предотвращения венозной недостаточности. Венозный отток же осуществляется по ветвям подколенной вены в притоки бедренной вены в верхней трети, среди которых основную роль играет глубокая вена бедра.

Результаты. При оценке ближайших и отдаленных результатов у 72 (78,26%) больных признаков венозной недостаточности нет. Возникающие к вечеру незначительные отеки выявлены у 13 (14,14%) больных, у 7 (7,6%) больных увеличение в объеме нижней конечности носило стойкий характер. Трофических нарушений в ближайшем и в отдаленном периоде не выявлено.

Выводы. Резекция ПБВ обладает низким риском развития венозной недостаточности в связи с хорошими компенсаторными возможностями коллатерального оттока на бедре.

МЕТОДИКА ОПЕРАЦИОННОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

М. М. Магомедов
г. Магачкала

Цель исследования: выработка оптимального доступа выше паховой складки при операциях на большой подкожной вене бедра при варикозном расширении вен нижних конечностей.

При перевязке большой подкожной вены бедра у места ее впадения в бедренную вену применяли доступ на 3 см выше паховой складки. Предлагаемый доступ позволял произвести тщательную ревизию области впадения большой подкожной вены в бедренную вену и выявить коллатерали, которые впадали непосредственно в бедренную вену. При ревизии вначале обнаруживали поверхностную эпигастральную вену и следовали по ее ходу, затем проводили ревизию бедренной вены, после чего под контролем зрения пересекали между зажимами и перевязывали большую подкожную вену у места ее впадения в бедренную вену. Дальнейшие этапы операции иссечения варикозно расширенных вен нижней конечности производили по обычной методике. Обычно для иссечения варикозно расширенных вен использовали методику Müller, что улучшало косметические результаты операции.

Результаты и обсуждение. Предлагаемый доступ обладал следующими преимуществами: облегчал ревизию зоны впадения большой подкожной вены бедра в бедренную вену, давал лучшие косметические результаты, чем обычно применяемый разрез, а у больных с ожирением облегчал уход за раной после операции.

По описанной выше методике были оперированы 40 больных (29 женщин, 11 мужчин). До операции у всех больных была произведена доплерография и у 6 больных, кроме того, флебография. У 6 больных до операции были трофические язвы в нижней голени. Осложнений после операции не было (в частности, отсутствовали описанные в литературе нагноение раны, лимфорея, тромбозы). У всех 6 больных с трофическими язвами заживление язв наступило через 2–3 недели. Косметические результаты были хорошими во всех случаях.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ КЛАПАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БЕДРЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

М. Г. Магомедов, А. А. Дюжиков, А. И. Хамидов, Г. В. Чудинов
г. Магачкала

Нами предложен метод коррекции клапанной недостаточности бедренной вены в лечении больных посттромбофлебитической болезнью (ПТФБ). Он основан на принципе изготовления чернильницы-непроливайки с созданием формы двух створок (патентное решение на изобретение № 98114215 от 14.05.99 г.).

Метод осуществляется следующим образом: после обработки операционного поля под общим обезболиванием выделяем бедренную вену на протяжении не более 8 см, где определяется абсолютная клапанная недостаточность. Вена берется на держалки с обеих концов. Затем под гидравлической препаровкой иссекают наружную оболочку шириной в 1,3 раза больше диаметра самой вены. После чего формируют клапан путем вворачивания стенки вены в ее просвет с помощью швов, накладываемых по оси вены так, чтобы вколы иглы производились на уровне краев иссеченной оболочки, а выкол на 0,3 см проксимальнее и дистальнее вкола с предварительным наложением боковых швов путем захвата мышечных оболочек и выколом иглы проксимальнее через все оболочки вены с последующим затягиванием всех швов.

Операция выполнена на 3 собаках и 5 трупах, а также использована у 27 больных с абсолютной клапанной недостаточностью бедренной при ПТФБ. 22 больных, у которых имелись трофические нарушения в пред- и послеоперационном периодах, получали тренировку венозного кровообращения и лазеротерапии (эндовазально и местно). У 6 больных пластика выполнена как самостоятельная операция, а у 21 — как элемент комбинированного вмешательства, включающего перевязку перфорантов и флебэктомию подкожных вен.

Результаты использования предлагаемого метода оценивались как хорошие (полное исчезновение ранее наблюдавшихся симптомов заболевания), удовлетворительные (уменьшение отека голени, отсутствие жалоб) и неудовлетворительные (сохранение варикоза, отеков, трофических нарушений голени и ранее предъявляемых жалоб). Хорошие результаты отмечены у 21 больного, удовлетворительные — у 5, а неудовлетворительные — у 1. Более благоприятные и устойчивые исходы отмечены у больных, перенесших комбинированное вмешательство. Осложнений во время операций у наших больных не было.

Таким образом, предложенный метод пластики венозного клапана может найти свое применение при лечении больных с ПТФБ нижних конечностей.

ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

М. Г. Магомедов, А. И. Хамидов, А. А. Дюзиков, М. Р. Рамазанов
г. Матачкала

Настоящее исследование посвящено изучению путей реабилитации больных с посттромбофлебитической болезнью нижних конечностей (ПТФБ НК), проходивших стационарное лечение в клинике общей хирургии Дагмедакадемии и областном центре сердечно-сосудистой хирургии г. Ростова-на-Дону с 1993-го по 1999 годы. Группу составили 292 (74,2%) женщины и 103 (25,8%) мужчины. Для активного динамического наблюдения за этими пациентами были разработаны программы, выполнение которых по этапам учитывалось в контрольных картах диспансерного наблюдения. Тщательное обследование и анализ полученных данных позволили выделить следующие группы пациентов: нуждающихся только в хирургической санации (13,2%), нуждающихся в проведении операций только после лечения сопутствующих заболеваний (26,8%), хирургическая санация которым не показана из-за тяжести общего состояния (7,7%), группа больных, воздерживающихся от оперативного лечения (3,9%), и наконец пациенты, нуждающиеся только в постоянном активном наблюдении хирургом с проведением профилактических и консервативных мероприятий (48,4%).

Больным, которым хирургическое лечение противопоказано из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, или пациентам, воздерживающимся от операции, проводили комплекс консервативных мероприятий, включающих различные варианты тренировки венозного кровообращения (ТБК) нижних конечностей и лазеротерапии (местно, эндовазально, внутрикостно) на фоне базисной медикаментозной терапии в минимальном объеме.

С целью определения эффективности послеоперационной реабилитации мы проанализировали 158 историй болезни пациентов, оперированных по поводу ПТФБ НК, которые также в послеоперационном периоде получали различные варианты ТБК и лазеротерапии.

В результате реабилитационных мероприятий у большинства больных быстро улучшилось общее состояние, уменьшились отеки и очаги индурации на нижних конечностях, заживались язвы.

Хорошие результаты лечения отмечены у 138 (87,3%) больных, удовлетворительные — 12 (7,6%), неудовлетворительные — 8 (5,1%), что, как правило, было связано с неадекватным хирургическим лечением и не может быть объяснено неэффективностью реабилитационных мероприятий.

Таким образом, динамическое проведение реабилитационных мероприятий по разработанной программой способствует улучшению результатов лечения больных с ПТФБ НК.

К ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В. Е. Маслов, В. В. Сабельников, Ю. М. Стойко, Е. В. Шайдаков
г. Санкт-Петербург

Цель исследования: с помощью окклюзионной венозной плетизмографии определить особенности механических проявлений венозной гемодинамики в норме и при различных видах патологии вен.

Методика исследования: исследование проводилось с использованием тензометрического датчика Whitney. С помощью венозной окклюзии под давлением 70 ± 2 мм рт. ст. определялись значение венозного объема (VC, об%), средней скорости венозного оттока (Vоср, об%/мин) и скорость артериального притока в покое (Vарт, об%/мин). Посредством ортостатической пробы определялась скорость прироста объема конечности при переходе в вертикальное положение (Vорт, об%/мин). При выполнении пациентом пробы с дозированной физической нагрузкой определялись показатели функционирования мышечно-венозной помпы — суммарный объем выброса помпы (EV, об%/мин), относительная эффективность помпы $EMPV = (EC/VC) \times 100\%$ и время повторного кровенаполнения конечности — RT(сек).

Обследовано 98 больных с хронической венозной недостаточностью: 50 пациентов с варикозной болезнью (ВБ) и 48 — с посттромботической болезнью при различной степени реканализации глубоких вен. У всех пациентов имела место относительная несостоятельность клапанов магистральных поверхностных и глубоких вен.

Контрольную группу составили 48 мужчин в возрасте от 25 до 37 лет, не имеющих признаков венозной патологии.

Результаты исследования. Корреляционный анализ результатов контрольной группы показал, что в норме имеется заметная корреляция параметров, характеризующих функциональные возможности венозного русла (EV, RT, Vорт) с параметрами, отражающими особенности анатомического строения венозной системы конечности (VC, VОср). Исследование эластических свойств венозного русла показало, что зависи-

мость скорости венозного оттока от венозного объема близка к линейной и может быть выражена регрессией $VO_{ср}=3,8\pm 11,4VC(p<0,05)$.

При развитии венозной недостаточности выявлены достоверные сдвиги механо-плетизмографических параметров. Наличие посттромботической болезни приводит к достоверному снижению среднего значения венозного объема с 2,8 до 1,9 об% ($p<0,01$) и значения средней скорости венозного оттока с 33,0 до 23,1 об%/мин ($p<0,01$). При варикозной болезни, наоборот, среднее значение скорости венозного оттока достоверно увеличивается до 41,6 об%/мин ($p<0,01$). При наличии венозной недостаточности наблюдается значительное и достоверное увеличение скорости ортостатического притока с 3,4 до 17,0 и 16,1 об%/мин ($p<0,01$) при варикозной и посттромботической болезни соответственно. Объемная характеристика мышечно-венозной помпы при ВБ существенно не изменяется, однако клапанная недостаточность приводит к ускорению повторного кровенаполнения и существенному сокращению параметра RT с 46,4 до 22,3 сек. ($p<0,01$). При ПТБ изменения в структуре венозной системы конечности приводят к более глубокому нарушению насосной функции вен, что отражается в снижении как RT (до 12,1 сек), так и объема выброса EV (с 2,2 до 1,1 об%). Кроме сдвигов в средних значениях механо-плетизмографических параметров на основе анализа корреляционной матрицы результатов выявлены изменения и в связях параметров, которые соответствуют особенностям течения ВБ и ПТБ.

Таким образом, на основании результатов исследования получен ряд новых данных, позволяющих расширить современные представления об особенностях венозной гемодинамики нижних конечностей в норме и при венозной недостаточности. Это позволяет разработать методические основы для диагностики различных форм ХВН.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ ОБРАБОТКИ КОММУНИКАНТНЫХ ВЕН У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А. А. Полянец, П. В. Мозговой, В. А. Иевлев, А. В. Карпенко, В. Н. Щербаков, В. И. Кузнецов, А. И. Хомутникова, О. М. Кириченко, К. Нджаха
г. Волгоград

Цель исследования. Сравнить диагностическую и лечебную ценность различных способов обработки коммунантных вен.

Материалы и методы. В исследование вошли пациенты, страдающие варикозной болезнью и посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей в стадии декомпенсации. С 1995 года нами оперировано 68 больных с вышеуказанными проявлениями. Мужчин было 23, женщин — 45. Средний возраст составил $47,19\pm 8,12$ лет. Больных с ПТФС было 22, с ВБ — 46. Трофические язвы наблюдались у 52, проявления дерматита — у 9. До операции больным проводилось обследование: дуплексное сканирование вен нижних конечностей, дистальная и тазовая флебография. Методы обработки коммунантных вен были разделены на 4 группы: надфасциальная (1-я группа), субфасциальная (2-я группа) перевязка коммунантных вен открытым способом, окклюзия задних большеберцовых вен (3-я группа) и диссекция перфорантных вен с использованием эндоскопической техники (4-я группа). Коррекция коммунантной недостаточности сопровождалась дополнительными вмешательствами на подкожных и глубоких венах конечности.

Результаты исследования. Количество пересеченных коммунантных вен было больше при операциях, сопровождающихся ревизией субфасциального пространства (группа 3-й исключена): в 1-й группе в среднем — 4,71; во второй — 8,2; в четвертой — 7,9. Средний послеоперационный койко-день составил в 1-й группе — 18,01 ($\pm 1,7$), во 2-й — 19,33 ($\pm 3,8$), в 3-й — 15,22 ($\pm 3,1$), в 4-й — 7,1 ($\pm 0,7$) суток. Наибольшее число осложнений возникло в раннем послеоперационном периоде после проведения открытых вмешательств на коммунантных венах. Так, в группе пациентов с надфасциальной перевязкой коммунантных вен краевой некроз наблюдался в 28,2% случаев, при субфасциальной перевязке у 60% пациентов, при окклюзии задних большеберцовых вен у 12,5%. Лимфоррея была отмечена только в первых двух группах и составила 12,5% и 20% соответственно. Наибольшая средняя площадь краевого некроза была у пациентов второй группы — 4792,5 кв. мм, в первой группе она равнялась 558,22 кв. мм и в третьей группе — 75,0 кв. мм. Единственным осложнением, наблюдавшимся после эндоскопической диссекции коммунантных вен, было обострение дерматита в зоне трофических расстройств, которое было успешно купировано к моменту выписки.

Выводы. Применение эндоскопических технологий при лечении венозной недостаточности в стадии декомпенсации позволяет значительно снизить число послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации больных в условиях стационара.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ И СТИМУЛЯЦИЯ ЛИМФОВЕНОЗНОГО ДРЕНАЖА В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. П. Пушкарев, С. Л. Тарасов, Д. П. Ионов, С. Н. Магомедов, И. А. Воробьев, С. Н. Широбоков
г. Ижевск

Цель работы. Показать возможность и эффективность компрессионной цинк-желатиновой повязки для стимуляции лимфовеенозного дренажа в сочетании ее с эндолимфатической антибиотикотерапией в предоперационной подготовке больных с посттромбофлебитической болезнью (ПТФБ) нижних конечностей.

Материалы и методы. В основу работы положены данные о 67 пациентах с ПТФБ нижних конечностей. У 40 из них была язвенная форма, у 16 — отечная и у 11 — варикозная форма, осложненная пигментосклерозирующим дерматитом, пиодермией. С целью предоперационной подготовки больным проводилась комплексная терапия, включающая в себя этапные компрессионные цинк-желатиновые повязки, эндолимфатическая целенаправленная антибиотикотерапия в сочетании с вено tonическими препаратами в средних терапевтических дозах (спазмолитики, дезагреганты, экскузан). Антибиотики использовали с целью подавления патологической флоры трофической язвы перед операцией и профилактики гнойно-септических осложнений со стороны послеоперационной раны. Применение этапных компрессионных цинк-желатиновых повязок приводило к стимуляции лимфовеенозного оттока, что способствовало уменьшению отека конечности, улучшению питания отслоенных во время операции кожных лоскутов, профилактике тромбоза глубоких вен.

Основные результаты. После комплексной предоперационной подготовки у 66 больных выполнены радикальные операции, включающие в себя удаление патологически измененных подкожных вен, субфасциальную перевязку перфорантных вен, окклюзию малой подкожной вены нижних конечностей. Один больной отказался от операции, так как после проведенной предоперационной терапии язвенный дефект зарубцевался. В послеоперационном периоде продолжали эндолимфатическую антибактериальную терапию и компрессию конечности с цинк-желатиновой повязкой. У всех больных заживление послеоперационных ран происходило первичным натяжением. Нагноений и некрозов кожных лоскутов не наблюдалось. У больных с трофическими язвами полная эпителизация наступила в течение 1—1,5 месяца.

Заключение. Компрессионные этапные цинк-желатиновые повязки в сочетании с эндолимфатической антибактериальной терапией в пред- и в послеоперационном периодах у больных с ПТФБ позволяют предупредить гнойно-септические осложнения, способствуют быстрому заживлению послеоперационных ран и эпителизации трофических язв.

КОРРЕКЦИЯ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. С. Пишурков, Х. Х. Гаштов, С. И. Пишурков
г. Нальчик

При далеко зашедших формах посттромбофлебитической болезни, безуспешности оперативных вмешательств необходима консервативная терапия, направленная на снятие сосудистого спазма, улучшение коллатерального кровотока.

Под нашим наблюдением находилось 179 больных с ПТФС, из них 129 (70,3%) женщин, 53 (29,5%) мужчин в возрасте от 20 до 92 лет. Все больные разделены на 2 группы, первая включала 85 (47,5%) больных, получала противовоспалительное лечение и сосудорасширяющие средства, у второй — 94 (52,5%) — на фоне общепринятого лечения проводилась нормоволемическая гемодилюция реополигином 10 мл на 1 кг веса с одним из низкомолекулярных гепаринов — эноксапарин в дозах 20—40 мг в сутки. С первых суток у больных отмечалось снижение вязкости крови, количества тромбоцитов, содержания фибриногена, удлинение времени рекальцификации и свертывания крови, холестерин уменьшался до нормы, а фибринолитическая активность увеличивалась в 3 раза. В то же время в первой группе существенных изменений в процессах гемокоагуляции выявить не удалось. Лечение улучшало общее состояние больных, исчезали боли и ощущение тяжести в пораженных конечностях, исчезал отек, язвы очищались от некротических тканей, стихали воспалительные явления в окружности язвы голени. Уменьшались индурация и гиперпигментация кожи, такие благоприятные сдвиги связаны с улучшением артериального и венозного кровотока, указанная динамика получена в первой группе на 6—7-й день, во второй — на 2—3-й день лечения. Сроки пребывания больных в стационаре в первой группе составили 22 койко-дня, во второй — 15. Все больные подлежат диспансерному учету, а в некоторых случаях переводу больных в ожоговое отделение для последующей дермопластики. Выписывались больные с рекомендацией длительного приема антикоагулянтов непрямого действия для повышения эндогенной фибринолитической активности крови под контролем протромбинового индекса.

Лечение посттромбофлебитической болезни должно быть комплексным, направленным на:

1. Улучшение артериального и венозного кровотока;
2. Повышение антисвертывающей системы крови в процессе лечения;
3. Активизацию эндогенной фибринолитической активности крови с возможной дермопластикой.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИИ ПЕРЕКРЕСТНОГО АУТОВЕНОЗНОГО ШУНТА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПАЛЬМА

В. В. Сабельников, Е. К. Шулепова, А. В. Сотников, Ю. А. Шнейдер
г. Санкт-Петербург

Отдаленные результаты операции перекрестного аутовенозного шунтирования при односторонних посттромботических окклюзиях подвздошных вен остаются малоизученными.

Материал и методы. У 47 больных после операции Пальма с функционирующим в отдаленном периоде перекрестным аутовенозным шунтом изучены контрольные тазовые флебограммы в раннем послеоперационном периоде (от 5 до 20 суток после операции) и контрольные флебограммы перекрестных шунтов в более поздние сроки (от 0,5 года до 24 лет). На основании многофакторного регрессионного анализа изучалось влияние срока после операции на диаметр шунта на уровне симфиза в зависимости от течения раннего послеоперационного периода. Опытную группу (21) составили больные с тромбозом перекрестного шунта в раннем послеоперационном периоде с последующей реканализацией трансплантата. Контрольную группу (26) составили больные с гладким ранним послеоперационным течением.

Результаты. Проведенный анализ показал, что в обеих группах зависимость диаметра шунта на уровне симфиза от срока после операции имеет линейный характер. У пациентов контрольной группы между сроком после операции и диаметром шунта на уровне симфиза установлена умеренная прямая корреляционная связь ($r=0,52$, $p<0,01$). Влияние срока после операции на диаметр трансплантата в данной группе больных составило 27%. У пациентов опытной группы между сроком после операции и диаметром шунта на уровне симфиза установлена умеренная прямая корреляционная связь ($r=0,58$, $p<0,01$). Влияние срока после операции на диаметр трансплантата в данной группе больных составило 33%. Расширение шунта наиболее интенсивно в первые 1—3 года после операции — на $1/3$ — $1/2$ от исходного диаметра. У пациентов опытной группы скорость расширения трансплантата медленнее на 25%, чем у пациентов контрольной группы.

Выводы. Аутовенозный шунт даже в случаях раннего послеоперационного тромбоза имеет тенденцию к реканализации (при создании определенных условий) и обеспечению адекватного оттока крови больной конечности за счет постепенного расширения и сохранения частичной эластичности венозной стенки.

СКЛЕРОЗИРОВАНИЕ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОФЛЕБИТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. М. Смирнов, А. А. Бабаев
г. Иваново

Одним из основных принципов профилактики поверхностных и глубоких тромбозов, развития хронической венозной недостаточности является своевременная «ликвидация» варикозно расширенных вен нижних конечностей (НК). В настоящее время для этого используются два метода: традиционное оперативное лечение и склерозирование вен (СВ). Преимущества СВ перед традиционным способом заключаются в минимальной травматичности вмешательства, отсутствии технических сложностей его выполнения, хорошем косметическом эффекте. К положительным сторонам относится также и то, что лечение проводится амбулаторно и в большинстве случаев трудоспособность пациентов не нарушается.

Мы располагаем опытом применения СВ при варикозной болезни НК у 37 лиц. Среди них было 9 мужчин и 28 женщин в возрасте от 29 до 48 лет. Противопоказанием к проведению СВ являлись постоянные отеки НК, наличие трофических расстройств, а также несостоятельность коммуникантных вен (выявленная при использовании инструментальных методов обследования). Считаем обязательным перед СВ проведение компьютерной ультразвуковой доплерографии (КУЗДГ). Метод КУЗДГ неинвазивен, позволяет оценить проходимость глубокого венозного русла, состоятельность клапанов бедренной и коммуникантных вен. При СВ используем препарат «Aethoxysklerol» (изготовитель «Kreussler») 1% или 3%-ной концентрации. Он выгодно отличается от других склерозантов тем, что даже при паравазальном попадании не вызывает гнойно-некротических процессов и перифлебитов. Для введения препарата применяем инсулиновые шприцы. Перед основным этапом склерозирования проводим пробу, которая заключается во внутривенной инъекции 0,1 мл неразведенного

«Aethoxysklerol» в положении больного лежа. В случае хорошей переносимости препарата выполняем основной этап СВ. При этом для лучшей визуализации подкожных вен пациент переводится в положение стоя, а на верхнюю треть бедра накладываем жгут. Рабочий раствор готовим, разводя «Aethoxysklerol» раствором новокаина (0,5—1,0%) в соотношении 1:4.

В большинстве случаев лечение складывается из нескольких этапов (от 2 до 3). Осложнений после проведения СВ не было. Образующиеся постинъекционные инфильтраты обычно самостоятельно рассасываются в течение 14—20 дней и не требуют проведения дополнительного лечения. Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов (сроки наблюдения от 12 до 18 месяцев) и оценены как хорошие — рецидива варикозной болезни не выявлено, отсутствовала клиника тромбозов и венозной недостаточности. Для оценки отдаленных результатов также выполняем КУЗДГ.

Положительные результаты применения СВ (при строгом отборе больных и педантичном соблюдении техники) позволяют считать этот метод перспективным и рекомендовать его для лечения варикозной болезни и профилактики тромбозов НК.

ПРИНЦИПЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ю. М. Стойко, Е. В. Шайдаков, В. В. Сабельников

г. Санкт-Петербург

Концепция послеоперационной реабилитации больных с ХВН определяется следующими принципами: 1. Своевременное проведение реабилитационных мероприятий независимо от профиля лечебного учреждения. 2. Преемственность и последовательность реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном и отдаленном периодах. 3. Использование научнообоснованных, апробированных на практике программ реабилитации при различных формах и стадиях ХВН. 4. Контроль и оценка эффективности реабилитации при различных стадиях заболевания.

Основные составляющие реабилитационной программы охватывают медицинские, физиологические, психосоциальные и социально-экономические проблемы, т. е. определяют в целом качество жизни.

Фармакопрофилактика ХВН включает эластическую компрессию и флеботропную терапию (детралекс, гинкор форт и др.).

У 25% пациентов с трофическими язвами и ретроградным кровотоком первичные нарушения венозной гемодинамики обусловлены снижением венозного тонуса. В этой связи флеботоник детралекс в полной мере отвечает принципам патогенетической терапии у пациентов с осложненными формами хронической венозной недостаточности.

В течение последних 5 лет опыта применения флеботропного препарата «ДЕТРАЛЕКС» в ведущих клиниках г. Санкт-Петербурга в ранние и поздние сроки после операции составляет более 200 наблюдений.

У 80% оперированных пациентов в ранние и поздние сроки после операции на фоне применения детралекса улучшились показатели противосвертывающей и антиоксидантной систем организма, а также венозного оттока по данным окклюзионной плетизмографии и ультразвукового дуплексного сканирования. В контрольной группе эти показатели не превышали 30%.

Повышение тонуса венозной стенки, активация метаболизма эндотелиоцитов, восстановление микроциркуляции, увеличение времени рекальцификации плазмы крови и АПТВ с увеличением скорости капиллярного кровотока позволяют нам рекомендовать детралекс в схему послеоперационного лечения и в отдаленные сроки для предупреждения рецидива и повышения качества жизни пациентов.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. Д. Тимошин, А. И. Чернооков, А. Л. Шестаков, А. Ю. Семенов

г. Москва

Одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной хирургии является оперативное лечение больных с сочетанными хирургическими заболеваниями. За последние годы благодаря усовершенствованию диагностической аппаратуры наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2—3 хирургических заболевания. По данным ВОЗ (1985), у 20—30% больных, поступающих в хирургические стационары, выявляются несколько заболеваний, требующих оперативного лечения.

Проблема лечения варикозного расширения вен нижних конечностей в сочетании с другими хирургическими заболеваниями стала приобретать в последние годы особое значение. Объясняется это чрезвычайно большой распространенностью заболевания. При длительно существующей варикозной болезни нижних конечностей подвергаются изменениям системы гемостаза и микроциркуляции. В силу изменения

гемодинамики и уменьшения активности фибринолиза в измененных венах значительно повышается риск возникновения тромбоза и острого тромбофлебита как во время оперативного вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде. Одномоментные вмешательства исключают эти грозные осложнения.

В РНЦХ РАМН с 1990-го по 1999 год выполнена 41 сочетанная операция, из них 27 — с использованием лапароскопической техники и 14 — традиционным способом. Возраст больных колебался от 30 до 62 лет, составив в среднем 50 лет. Среди оперированных больных было 38 (92,7%) женщин и 3 (7,3%) мужчин. При использовании лапароскопической техники у одного больного операция состояла из 4 этапов: лапароскопической холецистэктомии, лапароскопической герниопластики, флебэктомии, удалении липомы правого бедра. В 5 случаях операции состояли из 3 этапов. Двум больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, резекция щитовидной железы, флебэктомия. Трем другим пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия и двусторонняя флебэктомия. Остальным 21 больному были выполнены лапароскопическая холецистэктомия и флебэктомия. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось ни в одном случае.

При использовании традиционных методик стандартная флебэктомия сочеталась в 3 случаях с грыжесечением по поводу послеоперационной грыжи. В 2 случаях — по поводу паховой и в 2 — пупочной грыжи. В 3 случаях — по поводу доброкачественных образований кожи и 1 случае — фимоза. В раннем послеоперационном периоде мы наблюдали 1 (2,4%) осложнение, проявившееся нагноением послеоперационной раны после герниопластики. Средняя длительность госпитализации составила 7 койко-дней. Таким образом, сочетанные операции как с использованием лапароскопической техники, так и традиционным способом у больных с варикозным расширением вен нижних конечностей являются эффективным методом лечения, позволяющим свести к минимуму развитие таких серьезных осложнений, как тромбоз и острый тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей, что позволяет рекомендовать их к более широкому применению в хирургической практике.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ И ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Профессор А. И. Трегубенко, В. Н. Абашкин, А. Н. Гаврилов, Ю. А. Трегубенко
г. Одесса, Украина

Материалы и методы исследования.

Комплексному лечению подвергнуто 960 больных варикозной болезнью нижних конечностей и 240 больных с ПТФС. Для диагностики использовали клинический синдром функциональной недостаточности глубоких вен, ультразвуковую доплероскопию, окклюзионную плетизмографию, флеботонометрию, дистальную восходящую, ретроградную бедренную и подколенную флебографию, интравенозную оценку клапанных структур.

Результаты и обсуждения.

Анализ опыта лечения 1200 больных варикозной болезнью и ПТФС позволил установить, что нарушение гемодинамики в нижних конечностях обусловлено нарушением кровотока как в подкожных, так и в глубоких и коммуникантных венах. Комплексный метод лечения заключался в выборе варианта комбинированного иссечения вен с учетом патогенетических принципов развития болезни и типа расширения вен. У всех больных отмечались постоянные ощущения свинцовой тяжести в ногах, боли развивались в начале относительной, а затем и абсолютной недостаточности коммуникантных вен.

Показаниями к операции мы считали наличие варикозного расширения вен любой степени выраженности, включая случаи с наличием пигментации кожи, индурацией и т. д. Учитывая многофакторность этиологии, которую не всегда удается выяснить, невозможно использовать универсальный метод иссечения подкожных вен, каждый из методов в отдельности недостаточен, необходим индивидуальный подход.

При первичном варикозном расширении вен у 960 больных применяли операцию Троянова-Тренделенбурга в паху, Бебкокка — на бедре, Нарата — на голени. После удаления измененной вены, 160 больным производили чрескожное прошивание подкожных вен по Шеде-Кохеру, подкожное — по Н. Н. Соколову, 56 больным в послеоперационном периоде применяли склеротерапию тромбоваром.

Удаление варикозно расширенных вен обязательно дополнялось хирургическим вмешательством на прободающих венах. Выбор способа разобщения подкожной и глубокой вен (субфасциально или надфасциально) диктовался особенностями регионарной гемодинамики.

При ПТФС выполняемые оперативные вмешательства, такие как Троянова-Тренделенбурга, Нарата, Линтона, Коккета и другие, обладают недостаточной радикальностью. Существующие методы коррекции клапанной недостаточности, такие как синтетическая каркасная спираль А. В. Веденского, полая спираль с резервуаром Б. Н. Жукова, спираль из Никелида по типу «меандр» О. А. Иванченко, спираль из удаляемой большой подкожной вены А. Э. Клецкина, интравазальная коррекция кла-

панов по Kiszey, экстравазальная коррекция с помощью прецизионной техники и другие не всегда дают ожидаемых результатов.

Послеоперационный период проводили активно, с целью профилактики тромбоза и эмболии легочных артерий, создавалась постоянная эластическая компрессия нижних конечностей, или компрессионно-массажное устройство, пневмомассаж, электростимуляция, магнитотерапия.

Оценка результатов сочетанных операций на поверхностных, перфорантных и глубоких венах кроме учета степени устранения объективных и субъективных симптомов варикозного расширения вен определяла степень коррекции рефлюкса, который оценивался по данным доплерографии. Индивидуальный выбор метода лечения позволил обеспечить благоприятные результаты в 84,2% случаев. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 5,7% больных.

Наши данные подтверждают высокую эффективность сочетанного применения оперативного лечения. Раннее выявление и патогенетически направленное хирургическое лечение недостаточности клапанов избавляют больных от локальных и общих гемодинамических нарушений, ликвидируют почву для развития нарушений функции венозного кровообращения и тяжелых осложнений данного заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ МЫШЕЧНО-ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ГОЛЕНИ

Е. В. Шайдаков, Ю. М. Стойко, В. В. Сабельников, А. В. Разумейко
г. Санкт-Петербург

При декомпенсированной стадии сочетанной формы варикозной и посттромботической болезнью динамическая ультразвуковая ангиография в сочетании с восходящей функциональной флебографией, выполненная у 78 пациентов, позволила выявить закономерности, характерные для I и II степеней недостаточности «мышечно-венозной помпы» голени. При возникающей функциональной неполноценности мышечных синусов голени их веретенообразная форма сглаживается на всем протяжении. Возникающий вследствие несостоятельности дистальных клапанов магистральных синусов с замкнутой дугой ретроградный сброс крови в задние большеберцовые вены приводит к эктазии последних. Клапанный аппарат глубоких вен, находящийся в достаточно жестком фасциальном футляре, длительное время способен противостоять возникающей венозной гипертензии в этом сегменте конечности. При этом, несмотря на возникающую эктазию задних большеберцовых вен, клапаны последних, лежащие ниже места впадения венозных синусов, остаются функционально полноценными. При дальнейшем развитии заболевания в фазу диастолы «мышечно-венозной помпы» голени эктазия синусов и задних большеберцовых вен умеренно сглаживается, однако при этом отмечается выраженный сброс крови в систему задних большеберцовых вен.

Коррекция гемодинамики в системе глубоких вен голени является наиболее сложным звеном в оперативном лечении варикозной болезни. Экстравазальная коррекция берцовых вен трудна вследствие их тонкостенности, обилия притоков, анатомических вариантов расположения. Доступ к глубоким венам голени в ее средней трети является крайне травматичным.

При выявлении замкнутой дуги венозного синуса у 28 больных с ВБ и ПТБ дополнительно выполнялось вмешательство по прерыванию связи дуги с поверхностными и глубокими венами голени. С этой целью после исследований в намеченной проекции прободация не прямой коммуникантной веной фасции выполняли разрез длиной 15–20 мм. После выделения дуги синуса последнюю перевязывали и пересекали непосредственно над местом отхождения глубокой вены. Подходящую к этому месту не прямую коммуникантную вену также лигировали.

Дугу венозного синуса прерывали как открытым способом, так и закрытым. Если дуга венозного синуса замыкалась на дистальные отделы задних большеберцовых вен и имелись трофические изменения в нижней трети голени, то прерывание дуги синуса осуществляли с помощью дистанционной эндовазальной окклюзии задних большеберцовых вен аутовеной.

Перевязка не прямых перфорантных вен способствовала должной адекватной работе мышечных синусов голени. Влияние устранения таких связей было особенно заметным у тех пациентов, которым выполнялось разобщение дистальных отделов синусов с эктазированными притоками поверхностных вен в области формирования синуса. Эффективность гемодинамической коррекции у этих больных была в 24 случаях подтверждена измерениями венозного давления на стопе. Снижение систолического давления до 45% сопровождалось увеличением времени возврата давления к исходному с $22,2 \pm 3,2$ сек. до $26,3 \pm 2,1$ сек. после операции. Несмотря на нагрузку глубоких вен дополнительным объемом крови послеоперационные показатели динамической флебоманометрии свидетельствуют о сохранившихся хороших компенсаторных возможностях глубокой венозной системы голени. Эффективно работающие мышечные синусы нивелируют среднее давление, дренируя избыточный объем крови в глубокие вены бедра.

ЭХОСКЛЕРОТЕРАПИЯ НЕДОСТАТОЧНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН

А. И. Шиманко, М. Д. Дибиров, А. Ю. Васильев, С. А. Соломатин, К. А. Иванов, Н. А. Постнова
г. Москва

Лечение больных с декомпенсированными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей является сложной и далеко не решенной проблемой.

Имеется определенная категория больных, которым не показано оперативное лечение или которым уже было проведено оперативное лечение, однако сохранились необработанные перфорантные вены, приводящие к локальной венозной гипертензии, обуславливающей прогрессирование трофических нарушений.

Этой категории больных последнее время мы проводим эхосклеротерапию недостаточных перфорантных вен с помощью ультразвукового ангиосканирования на аппарате «Acuson 128 XP».

За время исследования нами проведено склерозирование недостаточных перфорантных вен у 35 больных. У 4 больных попасть в недостаточную перфорантную вену не удалось.

Из 31 оставшегося больного у 6 больных проходимость недостаточных перфорантных вен сохранилась, однако в четырех случаях диаметр вен уменьшился примерно в 2 раза. У 3 больных удалось полностью склерозировать перфорант только повторной инъекцией. У 2 пациентов причина неудачного склерозирования была связана с короткими прямыми перфорантными венами большого диаметра (более 8 мм), с большой скоростью кровотока, что способствовало быстрому разведению и нейтрализации склерозанта.

У 25 больных перфорантные вены склерозировались после первичной инъекции. Пять больных после эхосклеротерапии прослежены нами на протяжении 1 года. При контрольных исследованиях отмечалось, что через 10–12 суток после введения склерозанта в перфоранте отмечалось образование устойчивого перерыва кровотока на протяжении 1–1,5 см, сохраняющегося до 2–3 месяцев. Затем в срок до 6 месяцев достигается полная облитерация перфорантной вены.

Таким образом, эхосклеротерапия недостаточных перфорантных вен является малоинвазивной процедурой, позволяющей уменьшить локальную гипертензию, что является основным фактором патогенеза развития трофических нарушений. Данная методика у этой категории больных способствует закрытию трофических язв в короткие сроки и является профилактикой их рецидивов.

СКЛЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

А. И. Шиманко, М. Д. Дибиров, С. А. Соломатин, К. А. Иванов, Н. А. Постнова
г. Москва

Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей — одно из самых распространенных в мире заболеваний, встречающееся у 35–40% трудоспособного населения.

Мы считаем, что хороший результат может принести только комплексное лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей, где склеротерапия играет важную роль.

Показаниями к склеротерапии служили:

1. Наличие телеангиоэктазий и ретикулярных вен;
2. Интраоперационная катетерная склеротерапия немагистральных вен;
3. Послеоперационная склеротерапия немагистральных вен;
4. Склеротерапия недостаточных перфорантных вен при трофических нарушениях кожи под контролем доплеровского ангиосканирования (эхосклеротерапия);
5. Интраоперационная склеротерапия недостаточных перфорантных вен при обширных трофических нарушениях кожи.

При проведении склеротерапии использовали эхосклерол в концентрациях 0,5%, 1%, 2% и 3% и фибро-вейн в концентрациях 0,2%, 0,5%, 1% и 2%.

Склеротерапия является безопасной процедурой, дающей при правильном применении очень малый процент осложнений. Из наиболее частых можно отметить паравазальные реакции и гиперпигментацию.

При соблюдении всех необходимых условий склеротерапия является эффективным, безопасным методом лечения хронической венозной недостаточности, улучшающим качество жизни пациентов, позволяющим снизить объем и травматичность оперативного вмешательства или даже избежать его.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕНОЗНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н. У. Усманов, Д. Д. Султанов, А. К. Баратов
г. Душанбе

Цель работы: показать эффективность реконструктивных операций на глубоких венах нижних конечностей.

С 1993 года при посттромбофлебитическом синдроме (ПТФС) мы начали применять оперативные вмешательства на глубоких венах. В настоящее время предложено множество методов операций, направленных на устранение или уменьшение патологического обратного рефлюкса по собственной бедренной вене. Мы отдаем предпочтение переключающим и шунтирующим операциям.

Наблюдались 26 больных с ПТФС нижних конечностей. У 18 пациентов хроническая венозная недостаточность была в стадии субкомпенсации, а у 8 — в стадии декомпенсации с трофическими язвами нижней трети голени.

Недостаточность клапанов собственной бедренной вены верифицировалась при помощи УЗДГ, при которой в результате пробы Вальсальвы регистрировался обратный кровоток. Кроме того, выполнялась проксимальная ретроградная флебография.

Все больные были оперированы. Применялись комбинированные способы операций, сущность которых заключалась в следующем: собственная бедренная вена после пересечения анастомозировалась с глубокой бедренной веной, и кровоток направлялся через интактные клапаны последней. Следующим этапом выполнялось удаление варикозно расширенных подкожных вен и обтурация задней тibiальной вены как альтернатива операции Линтона. У 8 больных, у которых имелись трофические язвы, кроме вышеуказанных операций производилось иссечение язвы с пластикой образовавшегося дефекта местными тканями. Комбинация этих трех методов операций устраняла патологический рефлюкс не только по собственной бедренной вене, но и по коммуникантным венам голени.

После операции у всех больных получены хорошие результаты. Осложнений не отмечено. В течение 6 месяцев постепенно регрессировали основные симптомы хронической венозной недостаточности.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности применяемых комбинированных хирургических методик при лечении ПТФС.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЛИМФОТРОМБОЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. В. Ярема, Б. М. Уртаев, М. М. Магомедов, М. М. Алиев
г. Москва

Для адекватной оценки патогенетических механизмов тромбообразования и разработки патогенетической терапии нами проведены экспериментальные и клинические исследования.

В эксперименте была создана модель острого тромбоза коллекторных лимфатических сосудов путем сенсибилизации организма экстрактом лимфоузлов, при которой прослежены в динамике патогенетические механизмы тромбообразования в лимфатических сосудах, а именно: нарушение целостности сосудистой стенки, замедление лимфотока и повышение коагуляционной активности лимфы.

В клиническом разделе обобщены результаты исследований лимфатической системы у 123 больных в возрасте от 25 до 60 лет с посттравматическими отеками нижних конечностей. Среди них было 65 женщин и 58 мужчин. Правосторонняя локализация отека отмечалась у 65 больных (59,9%), левосторонняя — у 55 (44,8%), двустороннее поражение — у 3 (2,1%) пациентов. Основную группу составляли больные с лимфотромбозом, возникшим после механической травмы конечностей — 111 человек (90,2%). Операционные, огнестрельные и термические повреждения, приведшие к лимфотромбозу, отмечены у 12 (9,8%) пациентов.

Клинические проявления лимфотромбоза разнообразны, как и факторы, их обуславливающие. К числу последних могут быть отнесены такие, как анатомо-топографические особенности области травмы, наличие сочетанного повреждения вены, артерии, нерва, костно-суставного аппарата, область повреждения мягких тканей, шок. Основой клинических проявлений недостаточности лимфообращения является наличие бледного, холодного, пастозного вначале, а позднее тугого безболевого отека.

Изучение лимфографических данных способствовало определению причины отека, характера изменений лимфатических сосудов после различных повреждений, что было необходимо для выбора лечебной тактики.

В основе комплексного лечения лежат как консервативное, так и оперативное лечение.

Из медикаментозных средств рекомендуем отдать предпочтение монотерапии детралексом.

Методы хирургического лечения выбирались нами в зависимости от стадии лимфедемы. В первой стадии вторичной лимфедемы формирование лимфовенозного анастомоза было основным в комплексном лечении этого страдания. При 2–3-й стадии лимфедемы формирование лимфовенозного анастомоза в сочетании с фенестрацией фасции, наружным дренированием и липолимфосакцией занимали приоритетное место перед другими видами операций в комплексном лечении хронического лимфатического отека нижних конечностей.

Полученные экспериментальные и клинические данные позволяют раскрыть механизмы возникновения лимфотромбозов и разработать эффективные методы коррекции.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

А. С. ...	...	...	...
Александр С. И.	...	...	141
Александр М. Р.	...	...	142
Александр С. Г.	...	...	143
Александр С. М.	...	...	170
Александров А. С.	...	...	200, 201
Александр А. Ю.	...	...	31
Александр С. А.	...	...	144
Али Шамур М. Х.	...	...	102
Али-Хан М. Ш.	...	...	42
Алишан С. А.	...	...	145
Алишанов А. Б.	108, 109, 110	...	146
Алишан С. Н.	...	...	147
Алишанов М. Ю.	...	...	148
Алишанов В. Ф.	...	...	149
Алишанов Н. П.	...	...	150
Алишан А. Ф.	...	...	151
Алишан М. А.	...	...	152
Алишан Ф. М.	...	...	153
Алишанов С.	...	...	154
Алишан М. Р.	...	...	155
Алишанов С. Г.	...	...	156
Алишан А. М.	...	...	157
Алишан П. Б.	...	...	158
Алишан А. А.	...	...	159
Алишан Р. С.	...	...	160
Алишанов Ш. Н.	...	...	161
Алишанов С. Ф.	...	...	162
Алишанов А. Б.	...	...	163
Алишанов Д. А.	...	...	164
Алишанов С. А.	...	...	165
Алишан Д. Н.	...	...	166
Алишан М. А.	...	...	167
Алишан М. М.	...	...	168
Алишан С. А.	...	...	169
Алишан А. А.	...	...	170
Алишан Д. Б.	...	...	171
Алишан А. Б.	...	...	172
Алишанов Б. Н.	...	...	173
Алишан Д. А.	...	...	174
Алишан А. М.	...	...	175
Алишан Н. М.	...	...	176
Алишан А. С.	...	...	177
Алишан В. Р.	...	...	178
Алишан Г. Н.	...	...	179
Алишан М. Ю.	...	...	180
Алишан О. В.	...	...	181
Алишан Ю. В.	...	...	182
Алишанов В. А.	...	...	183
Алишанов Н. А.	...	...	184
Алишанов В. В.	...	...	185
Алишанов А. Ю.	...	...	186
Алишанов В. Н.	...	...	187
Алишан А. В.	...	...	188
Алишан Н. Г.	...	...	189
Алишанов В. В.	...	...	190
Алишанов В. Т.	...	...	191
Алишан А. А.	...	...	192
Алишанов Г. Р.	...	...	193
Алишанов А. А.	...	...	194
Алишанов Д. Н.	...	...	195

А					
Абашкин В. Н.				Атаев Д. Б.	228
Абдуллаев М. Р.	309			Атаев С. Д.	141
Абдуллин С. Г.	141			Атясов Н. И.	17
Абдуллин У. М.	213			Афанасьев А. Н.	158
Абдулхаликов А. С.	217			Афанасьев Д. В.	179
Абрамов А. Ю.	57, 133			Афоница А. Е.	258, 259
Абрамова С. А.	137			Ахаладзе Г. Г.	31
Абу Шомер М. Х.	296			Ахмад Али Атуи	164
Абу-Хала М. Ш.	218			Ахмедов И. Г.	223
Авакимян В. А.	253			Ахметов Р. Ф.	43
Авдовенко А. Л.	298			Ачилов Ш. Д.	11, 141
Авдонин С. Н.	109, 110, 209, 295			Ачкасов Е. Е.	205
Аверьянов М. Ю.	90			Ашихмин С. П.	89, 156
Агафонов В. Ф.	170, 286				
Агафонов Н. П.	257			Б	
Агеев А. Ф.	101			Бабаджанов Б. Р.	12
Агеев М. А.	137			Бабаев А. А.	142, 307
Агзамов Ф. М.	138			Бабаев И. Б.	150, 197
Агзамходжаев С.	180, 217			Бабанова Е. В.	274
Аглуллин И. Р.	87			Багдасаров В. В.	173
Адилханов С. Г.	156			Базанов С. В.	44, 161
Ажави А. М.	244, 280			Базилевич Ф. В.	79, 80
Айриян П. Э.	103			Баранов Г. А.	13, 142
Акилов Х. А.	243			Баратов А. К.	311
Акчурин Р. С.	7, 87			Бармотин А. В.	227
Аладжиков Ш. Н.	237			Барсуков А. Е.	-172
Алекперов С. Ф.	55, 56			Бархатов И.	110
Александров А. Л.	205			Барыков В. Н.	12
Александров Д. А.	256			Бастатский В. Г.	202
Алексеечкина О. А.	7, 62			Бастрыков А. А.	100
Алентьев С. А.	45			Баулин Н. А.	13, 143
Алехин Д. И.	124			Бахтиозин Р. Ф.	243
Алиев М. А.	302			Башилов В. П.	101
Алиев М. М.	122, 279			Бебуришвили А. Г.	15, 143, 237, 281
Алиев С. А.	312			Бедин В. В.	129
Аликов А. А.	103, 138			Бежин А. И.	14, 72
Алипов В. В.	164			Безделов Ю. В.	105
Алленов А. В.	139			Безносков А. И.	92
Альперович Б. И.	212			Бекбурова М. Х.	119
Аминев Д. З.	8			Беленький А. В.	288
Амирова А. М.	9, 155			Белик Б. М.	144
Амирова Н. М.	152			Белик Б. М.	232, 233
Ан Е. С.	103			Беликов Л. Н.	296
Андреев А. С.	248			Белоконов В. И.	16, 145
Андреев В. Р.	76			Белокуров С. Ю.	14, 209
Андреев Г. Н.	96			Белокуров Ю. Н.	13
Андреев М. Ю.	169			Бельшева Е. С.	247
Андреев О. В.	204			Беляев А. Н.	17, 299
Андреев Ю. В.	94, 139			Беляев Ю. А.	52
Андрианов В. А.	39, 160, 161			Беляков О. И.	221
Андриевских И. А.	230			Бердников Г. А.	45
Андрияшкин В. В.	302			Берегова М. А.	32
Анисимов А. Ю.	258, 259			Березский Р. В.	59
Анисимов В. Н.	9, 10, 139, 140, 160			Беренштейн М. М.	13, 143
Арапова А. В.	11			Береснева Э. А.	45
Аристов И. Г.	227			Беспалов Л. Л.	76
Артамонов В. В.	224			Бессарабов В. Н.	67
Артюхина Е. Г.	215			Билокур А. А.	83
Асеева И. А.	247			Бирюков А. Ю.	102
Аскерханов Г. Р.	255			Бирюков Ю. В.	299
Аслануков А. А.	140, 244, 280			Биряльцев В. Н.	79
Астафуров В. Н.	115, 216			Благитко Е. М.	17, 146
	60			Благодарный Л. А.	281

Блохин В. Н.	152	Виноградов И. Е.	283
Богданец А. А.	39, 161	Вишневский В. А.	54
Богданов А. Е.	146	Владимирский В. В.	296
Бодров А. А.	170, 171	Власов А. П.	25, 153
Боженков Ю. Г.	130	Власов В. В.	27
Бойко В. В.	18	Возгомент Н. М.	100
Бойцов Н. И.	68	Возлюбленный С. И.	153
Болдин С. В.	149	Волгарев А. В.	203
Большаков В. В.	216	Волков А. В.	137
Бондарев Г. А.	51	Волков А. Н.	25
Бондарев Ю. В.	10, 18, 37, 126, 160	Волков В. С.	98
Бондаренко С. П.	108	Волков Д. В.	26, 38
Бордуновский В. Н.	22	Волков П. П.	16, 145
Борзенко А. Г.	19	Волошин В. Н.	287
Борисов А. В.	261	Воробьев А. А.	143
Борисов А. Е.	19, 147	Воробьев В. В.	164
Борисов В. А.	158	Воробьев Г. И.	154, 237, 281
Борлаков В. Р.	233	Воробьев И. А.	306
Ботов А. В.	78	Воробьев М. В.	101
Ботяков А. Г.	11	Воробьев П. А.	237
Бочаров А. Л.	285	Воробьев С. А.	286
Бояринцев Н. И.	19, 198	Ворончихин В. В.	25
Брегель А. И.	148	Восканян С. Э.	90, 91, 92
Брискин Б. С.	20, 21, 148	Восканян Э. А.	200, 246
Бромбин А. И.	17, 146	Вукотов А. В.	54
Брунс А. В.	47		
Брюсов П. Г.	22, 255	Г	
Брюховецкий Ю. А.	83	Габоян А. С.	79, 80
Бударин В. Н.	216	Гаврилов А. Н.	309
Будурова М. Д.	48, 49	Газиев Р. М.	251
Булатов Н. Н.	85, 197	Гайнанов М. А.	278
Булгаков В. Р.	155, 244, 225	Гайнутдинов Ф. М.	152
Булгаков Г. А.	178	Галашев В. И.	63
Бурневич С. З.	33, 111, 119	Галеев М. А.	130
Бурнышев И. Г.	117	Галимзянов Ф. В.	97
Буров В. П.	262	Галлямов А. Х.	180
Буровкин Б. А.	84	Гальперин Э. И.	31
Бурцев В. В.	179	Гамаюнов А. В.	103
Бурчуладзе Н. Ш.	15	Ганичкин С. А.	282
Буткевич А. Ц.	269	Гараев В. Н.	170
Бутхузи А. Г.	56	Гарин Н. Н.	16, 145
Бухвалов А. Г.	22	Гарипова А. М.	282, 293
Быков А. В.	23, 149, 300	Гатауллин И. Г.	104, 156
Быков А. С.	232	Гаттаров И. Х.	9, 155, 199, 224
Бырихин Н. И.	292	Гаштов Х. Х.	306
		Гвиниашвили Г. Г.	53, 56
В		Гвоздь Н. Г.	37
Ваганов В. А.	100	Гельфанд Б. Р.	33, 111, 237
Ваккасов М. Х.	7, 87	Гельфанд Е. Б.	33
Вальшев А. В.	89, 114	Герусов М. Ю.	157, 274
Вальтер В. Г.	150, 151	Гешелин С. А.	27
Васильев А. Ю.	311	Гибадуллин А. Х.	9
Васильев В. Е.	301	Глабай В. П.	28, 35
Васильев И. Т.	197	Глухов А. А.	93
Васильев И. Т.	85, 149, 150	Глушко В. А.	30, 158
Васильев С. А.	237	Гойда М. С.	27
Васютков В. Я.	53, 56, 152, 244, 245	Голдин В. А.	34
Вередченко В. А.	40	Голова В. П.	79
Верзакова И. В.	152, 217	Головизнин А. А.	89, 156
Веронский Г. И.	132	Гологорский В. А.	237
Веселов В. С.	57	Голуб В. А.	35
Ветшев П. С.	36	Голубев В. В.	283
Винник Ю. С.	23, 24, 33	Голубцов В. В.	29

Гольбрайх В. А.	35, 157, 274	Дворовенко Е. В.	226
Гольдберг А. П.	109	Девятова А. В.	87
Гольдина И. М.	247, 257	Демидкин В. В.	65
Гольцов В. Р.	115	Демин Д. Б.	26, 38
Гомозов Г. И.	71	Демихов С. В.	252
Горбачев В. Н.	32, 288	Демьянов А. М.	285
Горбачев О. П.	221	Демьянов В. Н.	176
Горбуков А. Л.	81	Дербенев А. Г.	25
Горбунов Ю. В.	99	Дериенко В. С.	213
Гордеев М. С.	29, 99	Джатжоев М. М.	246
Гордеев Н. А.	265	Джиоев В. Г.	55
Горлунов А. В.	58	Джорджия Р. К.	243, 278
Городецкий В. М.	237	Дзгоева Д. Б.	116
Горфинкель И. В.	76, 157	Дибиров А. Д.	38
Гостищев В. К.	30, 158	Дибиров М. Д.	283, 311
Граменицкий А. Б.	158	Дивилин В. Я.	178
Грачев И. В.	11, 141	Дидигов М. Т.	182
Греков Д. Н.	273	Дмитриев О. Н.	105
Греасов В. И.	32, 155	Доброгаев О. И.	284
Грибанова Е. В.	249	Доброгаева Г. Н.	284
Григорина-Рябова Т. В.	98	Доброквашин С. В.	18, 37, 126, 160
Григорьев С. В.	198	Довгий И. Г.	198
Гридасов Ю. А.	14	Докучаев К. В.	31
Грингауз В. Б.	75	Долгоруков М. И.	267
Гришин А. В.	45	Донской Д. В.	227
Гришин А. Г.	16, 145	Доровских Ю. В.	235
Гришин Н. А.	31	Дрожжин Е. В.	285
Гришук В. В.	47	Дряженков Г. И.	139
Громов С. А.	283	Дуберман Б. Л.	39
Грошев Н. Н.	44, 161	Дубинин В. Ю.	53, 54
Губарев В. П.	95	Дубошина Т. Б.	88, 103
Гудко Г. И.	116, 218	Дубров Э. Я.	45
Гужин В. Э.	246, 270	Дубровский А. В.	248, 259, 264
Гужков О. Н.	208, 209	Дуданов И. П.	39, 160, 161
Гузеева Е. Б.	31	Дударев В. А.	175
Гузъ В. С.	254	Думлер А. А.	125
Гулин И. А.	32	Духин В. А.	100
Гулов М. К.	66, 159, 183	Душкина В. А.	93
Гульман М. И.	33	Дыньков С. М.	39
Гуляев А. А.	45	Дьяконова Е. Ю.	42
Гусак И. В.	18, 64	Дьяченко М. И.	125
Гусейнов А. Г.	140	Дьяченко Н. Н.	155
Гусейнов А.-К. Г.	140	Дюжева Т. Г.	31
Гуслев А. Б.	214	Дюжиков А. А.	303, 304
Гуськова Н. К.	278		
Гуща А. Л.	134, 215	Е	
Гущенский Л. Б.	125	Евдокимов А. Г.	289
Д		Евстифеев Л. К.	108
Давлетшин Р. А.	180	Евтихов Р. М.	44, 161
Давлиев М. К.	278	Елоев В. А.	57
Давыдов М. И.	237	Емельянов Н. В.	71, 183
Дадвани С. А.	36, 247	Емкужев В. М.	295
Дамбаев Г. Ц.	270	Енютин Н. М.	19
Данилов А. Г.	218	Епишин Н. М.	222
Данилов А. И.	36	Ерастов Н. А.	206
Данилов А. М.	84, 159	Ермаков Е. А.	76
Данилов К. Ю.	182	Ермолов А. С.	45, 162, 237, 284
Данилов М. В.	28, 35	Ерохин А. П.	42
Дарвин В. В.	37, 285	Ерохин М. П.	41, 85, 127
Дасаев Ю. А.	45	Ерохин Ю. А.	110
Двойнов В. Г.	107, 115	Ерохина Е. А.	163, 177, 228
Дворецкий Л. Э.	100	Ершов В. В.	41, 163
		Есипенко В. В.	291

Есипов В. К.	89	Зубцов В. Ю.	226
Ефименко Н. А.	40, 164	Зулкарнеев Р. А.	50
Ефимов Г. А.	164	Зураев К. Э.	219
Ефремов П. И.	270	Зурнаджянц В. А.	50, 151
Ж		Зыков Д. В.	40
Жарков Е. Е.	281	Зюлькин Г. А.	212
Жебровский В. В.	165	И	
Жевелюк А. Г.	109	Ибадильдин А. С.	169
Желябин Д. Г.	127	Ибрагимов Р. Ш.	120
Жерлов Г. К.	40, 43	Ивакина Е. С.	285
Живарев Г. А.	256	Иванов Б. Н.	51
Жидовинов Г. И.	61, 165, 204	Иванов В. А.	80
Жижин Ф. С.	43, 166	Иванов И. С.	51
Жилин В. Е.	285	Иванов К. А.	311
Жуков Б. Н.	249, 250	Иванов М. А.	172
Жуков С. В.	126	Иванов П. А.	45, 96
Журавлев В. А.	89	Иванов С. В.	51
Журавлев В. Н.	65, 174	Иванов С. Я.	46
Журавлева И. А.	65	Иванов Ю. В.	53, 54
З		Иванова Е. В.	65
Заводовская Е. А.	285	Иванова Н. А.	85
Загидов М. З.	167, 271	Ивануса С. Я.	124
Загидова А. М.	167, 271	Ивачев А. С.	13, 143
Загиров У. З.	140, 280	Ивченко А. О.	252
Загородний Н. В.	237	Ивченко О. А.	252
Зазыбо Д. А.	24	Игнатович И. Г.	49
Заикин А. И.	22	Иевлев В. А.	95, 305
Зайцев Д. И.	43, 44	Измаилов Г. А.	286, 297
Зайцев О. В.	215	Измаилов Е. П.	145
Зайцев С. И.	283	Измаилов С. Г.	170, 171, 286, 297
Закариев З. М.	250, 251	Ильканич А. Я.	37
Закариев М-Р. З.	250, 251	Ильченко Ф. Н.	165
Закариев Р. З.	280	Инякин О. Н.	17
Закиров И. Р.	225	Ионов Д. В.	227
Закордонец В. Ф.	285	Ионов Д. П.	306
Залесный С. А.	44, 46	Истомин С. Р.	51
Заморяхин А. П.	211	Исхаков Я. Г.	258
Замятин В. В.	16, 46, 145	Ишмухаметов А. И.	171
Замятин В. В.	237, 252, 255	К	
Заплутанов А. В.	286	Кабисов В. А.	279
Заривчатский М. Ф.	47, 168	Кадыров М. Х.	47
Зарубин В. А.	64, 131	Казарова Е. Л.	173
Заруцкая Н. В.	169	Казиев А. Н.	246
Затевахин И. И.	48, 49, 169, 237	Каиров Г. Б.	67, 82, 173, 174
Захаров Ю. И.	75	Какаулина Л. Н.	152
Захарченко А. А.	175	Калаев Т. Н.	55, 56
Земляной В. П.	19	Каланов Р. Г.	152, 180, 217
Зимагулов Р. Т.	140	Калашов П. Б.	38
Зинатуллин Х. К.	258	Калинин Е. Ю.	267
Зинец С. И.	125	Калмыкова О. И.	290
Зинкевич О. Д.	126	Камалова О. К.	63
Зиновьев Д. Ю.	105	Канцалиев Л. Б.	67, 173, 174
Зинякова М. В.	182	Капранов С. А.	248
Злобин А. И.	89, 156	Капранов С. А.	253, 254, 260, 262, 264
Золотницкая Л. С.	183	Капуллер Л. Л.	154
Зорик В. В.	298	Капустин Б. Б.	119
Зорин П. В.	142	Капустин К. В.	171
Зотов С. П.	302	Караев А. А.	115
Зубаиров А. М.	280	Карапетян М. М.	173
Зубарев М. А.	125	Карашуров С. Е.	178
Зубарев П. Н.	49	Каргаполов Ю. А.	135

Карпенко А. В.	305	Комаров Р. Н.	72, 181
Карпенко В. В.	164	Комисаров А. Н.	86
Карпов В. И.	212	Комкова Т. Б.	8
Карпов Е. И.	222	Кон Е. М.	62, 125
Карпулова А. А.	302	Кондратова Г. М.	83
Карпунин Г. Н.	59	Конева Л. Д.	106
Карсанов А. М.	55, 56, 279	Коновалов Е. П.	59
Карташева Н. П.	155	Коновалова О. Г.	74
Карцева Е. В.	227	Кончугов Р. Ю.	137
Карякин А. М.	172	Копейкин А. А.	114
Касаткин Е. Н.	89, 156	Корелов В. С.	84, 214
Касумьян С. А.	65, 74, 174	Коржук М. С.	60
Кательницкий И. И.	254	Корнев А. Н.	43
Качалов С. Н.	63	Корнеев Н. В.	255
Кашек А.	69	Корнилаев П. Г.	175
Квезерова А. П.	83, 274	Корнилаев П. Г.	201, 202, 203, 225
Кецко Ю. Л.	249, 250	Коробков В. Н.	79
Кечеруков А. И.	32, 288	Коровин А. Я.	64, 182
Кильдашев М. М.	86	Коровин С. А.	226
Ким В. Ю.	178, 287	Коротаев Г. М.	94
Ким Д. Е.	19	Коротков Н. И.	68, 256
Киргизов И. В.	175	Коротков С. В.	207
Киреев В. И.	95	Короткой Н. И.	179
Кириленко А. С.	34, 237	Коротько Г. Ф.	90, 91, 92
Кирилин Л. Н.	177, 235	Коршунова Т. П.	89, 156
Кириллов А. Н.	127	Корымасов Е. А.	99
Киринов А. В.	112	Коссович М. А.	102
Кириченко О. В.	201	Костяев В. Е.	249, 250
Кириченко О. М.	305	Коськин В. П.	68
Кирковский В. В.	68, 71, 207	Котельников А. С.	288
Кирносов П. С.	121	Котельникова А. Н.	125
Кирсов П. П.	174	Котив Б. Н.	124
Кирчанов В. Д.	19	Котовский А. Е.	65
Кишин А. А.	259	Коцинян А. Ж.	59
Киселев М. Н.	11	Коченков Д. П.	53, 54
Кислов В. А.	63	Кошелев П. И.	59, 176
Кифус Ф. В.	52	Кошель А. П.	43
Кичев Г. С.	52	Кошкин В. М.	257
Клецкин А. Э.	287	Кощеев А. В.	84, 214
Климентов А. А.	23	Кравцунов В. Н.	32
Климович И. Н.	61	Красильников А. В.	49
Ключников С. И.	289	Красильников Д. М.	55, 180
Ковалев А. В.	65	Краснов О. А.	273
Ковалев А. И.	69, 70	Красногоров В. Б.	57, 115
Ковалев К. В.	105	Криворучко И. А.	18, 64
Ковалева Т. К.	212	Кропачева Е. И.	63
Коваленко П. П.	272	Крохин Г. Н.	226
Кожин В. Ю.	78	Круглов Н. Л.	285
Козлов А. Г.	73	Крутилина О. В.	205
Козлов В. А.	237	Крыгин С. Г.	63, 252, 255
Козлов Е. В.	100	Крыжановский С. Г.	63, 288
Козлов К. К.	60, 80	Крылов А. Ю.	288
Козлов С. А.	299	Крысько Д. В.	301
Козлов С. В.	128	Кубалов И. А.	82
Козлов С. Е.	53, 56, 152	Кубачев К. Г.	19
Кокая А. А.	177, 219	Кубышкин В. А.	54, 65, 238
Коков В. Х.	88	Кудрявцев Б. П.	179
Кокорин С. В.	130	Кудряшова Н. Е.	171
Кокунин Е. А.	153	Кузнецов А. Г.	296, 302
Колесников В. Е.	272	Кузнецов В. А.	58
Колесников П. Н.	204	Кузнецов В. В.	106
Кольцов О. А.	18, 126	Кузнецов В. И.	305
Комаров Н. В.	72, 181	Кузнецов М. Р.	38

Кузнецов Н. А.	70, 182, 289	Лобаков А. И.	75
Кузнецов Н. М.	7, 62, 116	Лобанов Г. А.	17
Кузнецова Е. В.	227	Лобанов Л. С.	74
Кукош М. В.	71, 183	Лобанов С. Л.	74
Кукушкин А. В.	68	Лобода С. А.	169
Кулагин В. И.	267	Лобыкин Ф. И.	106
Кулаков В. И.	237	Ломоносов А. Л.	108
Кулешов Е. В.	178	Ломоносов Д. А.	108
Кульченко Н. Г.	32	Лопаткин Н. А.	237
Кульчиев А. А.	57	Лоран О. Б.	237
Кунафин А. С.	175, 201, 202	Лосев Р. З.	258, 76
Кунафин М. С.	152, 155, 180, 215, 217, 224	Лотов А. Н.	36
Кунгурцев В. В.	247, 257	Лугуев З. Г.	244
Куненков А. Б.	174	Лукашов В. М.	180
Куннжев Б. М.	82	Лукин А. Ю.	129
Куницкий Ю. Б.	212	Лукьянов Ю. В.	295
Кунцевич Г. И.	276	Лыктыпов Б. А.	32
Кунщиков Д. В.	47	Лысенко М. В.	22
Купцов Н. Х.	246	Любавин А. В.	78
Курашвили Д. Н.	284	Любарский М. С.	290
Курбанов К. М.	159		
Курбатов Ч. Ю.	141	М	
Курбонов К. М.	66, 183	Мавзютов А. Л.	297
Куропатова Е. И.	122	Маврин М. И.	55
Курченко Е. Т.	211	Магомедов М. Г.	303, 304
Курыгин А. А.	107	Магомедов М. З.	279, 76,
Курьязов Б. Н.	12	Магомедов М. М.	77, 122, 303, 312
Кустов А. Е.	35	Магомедов С. Н.	306
Кутуков В. В.	67	Мазунин В. Д.	78
Кутуков В. Е.	150, 151	Мазуренко А. А.	135
Кухтенко Ю. В.	157, 274	Майнугин С. В.	283
Кучерявенко А. Ф.	61	Майоров М. И.	208
Кучин Ю. В.	67, 150	Майоров Ю. А.	84
		Майров М. И.	209
Л		Маканов О. А.	208, 209
Лаберко Л. А.	70	Макаров В. И.	105
Лаврентьева Е. В.	74	Макаров Н. А.	287
Лагун М. А.	222	Макаров Ю. И.	43
Ладейщикова В. М.	234	Макарова В. И.	28, 35
Лазарев А. Ф.	276	Максимов В. Ю.	116
Лазарев В. М.	170, 171	Макущенко В. В.	78
Лазурина Л. П.	72	Малафеева Э. В.	158
Лапинов С. Б.	198	Малашенко В. Н.	128
Лапшин А. Е.	17	Малашенко П. А.	109
Ларин С. И.	290, 300	Малиновский Н. Н.	237
Ларичев А. Б.	73, 137	Малков И. С.	79
Латухина Е. Л.	288	Малхасян А. Ю.	198
Латыпов Р. Ш.	263	Малых К. В.	120
Лашевкер В. М.	27	Малюков М. В.	285
Лебедев А. Г.	52, 162, 171	Малярчук В. И.	79, 80
Лебединский И. Н.	197	Мамаев А. Ю.	287
Лебединский Ч. Н.	149	Мамалыгина Л. А.	127
Лебедской А. Г.	158	Мамонтов В. В.	60, 80, 130
Левин Л. А.	147	Мандриков В. В.	15, 143
Легос А. А.	74	Маргиев С. А.	56
Лейбельс В. Н.	59	Маркина О. И.	95
Лекомцев Б. А.	120	Марков А. И.	92
Лебянов А. Д.	74	Марков И. Н.	197, 41
Леонтьев С. Г.	257, 262	Мартемьянов С. В.	291
Лидов П. И.	98	Мартюков Ю. Б.	81
Линченко А. М.	95	Мартынов А. С.	235
Липатова А. О.	204	Мартынюк В. Г.	27
Лищенко А. Н.	76	Маскин С. С.	282

Маскин С. С.	64	Мусаев Г. Х.	36
Маслагин А. С.	72, 181	Мусиенко С. М.	249, 250
Маслов А. И.	113	Мусселиус С. Г.	45
Маслов В. Е.	304	Мустафин Р. Д.	150
Матросов В. Г.	23, 149	Мустафин Р. Р.	18, 140
Матюхин В. В.	204	Мустафин Т. И.	130
Матюшенко А. А.	258, 259	Мухин А. С.	84
Матюшкин А. В.	263, 293	Мухучиев А. А.	77
Матюшкин С. В.	263	Мыльников А. Г.	93
Махатилов Г. М.	244, 250	Мясников А. Д.	14
Махатилов М. М.	251		
Махонин В. И.	285	Н	
Махров В. И.	263, 293	Набегаев А. И.	86
Машаров А. Ю.	58	Нагаев Н. Р.	180
Меджидов Р. Т.	122, 223, 279	Наговицын Е. С.	288
Меженин А. М.	39, 160, 161	Назаренко П. М.	14, 296
Меламед В. Д.	273	Назарочкин Ю. В.	50
Меламед Г. В.	273	Назарук А. С.	300
Мельник И. В.	11	Назыров Ф. Г.	87
Мельник О. Б.	70	Наковкин О. Н.	42
Мерзаликин Н. В.	8	Наливкин А. И.	234
Мерзляков А. Е.	68, 71, 207	Напалков А. Н.	84, 159
Мехдиев Д. И.	180	Нартайлаков М. А.	130
Мещеряков В. Л.	102	Насонов Я. А.	39
Мидленко В. И.	81	Натрошвили Г. С.	88
Мидленко О. В.	81	Наумов А. В.	46
Мизаушев Б. А.	82	Нджаха К.	305
Милованова Т. М.	285	Невзорова О. Ю.	222
Мильдзихов Г. К.	116, 219	Негребов М. Г.	98
Миляев М. М.	51	Недашковский Э. В.	39
Миннегалиев М. М.	55, 18	Некрасов А. Ю.	74
Миргасимова Д. М.	180	Некрылов Б. В.	254
Мирзоев Н. Д.	35	Нестеров С. С.	281
Мисник В. И.	158	Нечаев В. И.	291
Митин С. Е.	19, 147	Низамов Ф. Х.	260
Михайлов А. П.	84, 159, 214, 67	Низельник О. Л.	235
Михайлова Н. А.	179	Никанорова Г. Б.	88
Михальский В. В.	146	Никитенко В. И.	89, 114
Михеев Е. Г.	246	Никитин А. В.	224
Михин И. В.	143	Никитин В. А.	44, 161
Мишин В. Ю.	83, 274	Никитин Н. А.	89, 156
Мишнев О. Д.	237	Никитин О. А.	263
Мищенко Н. В.	27	Никифорова Н. А.	18
Мнацаканян М. Д.	206	Николаев А. П.	276
Мозговой П. В.	305	Николаев Е. В.	198
Моисеев А. Ю.	226	Никоненко Л. С.	119
Моисеенков Д. И.	44	Никулин В. В.	14
Морозов А. А.	57, 259	Нимаев В. В.	290
Морозов В. С.	86	Ничога В. Д.	67
Морозов О. Д.	39, 161	Новиков В. М.	199
Морозов С. В.	97	Новиков Е. И.	17
Моругов В. А.	74, 175	Новиков Ю. В.	261, 292
Морякова В. Т.	119	Новицкий В. В.	270
Москаленко Е. П.	260	Новосельцев А. Б.	291
Москвинова Т. Н.	139	Новосельцев А. В.	60
Мохаamed Махмуд Салем	165	Новосельцев А. Е.	53, 56,
Мохов Е. М.	266	Норкузиев Ш. С.	268
Мощуров И. П.	93	Носов А. Ю.	209
Мрасов Н. М.	10, 139, 140	Нузов Б. Г.	292
Мумладзе Р. Б.	85, 86, 149, 150, 197	Нургалин Р. С.	9, 199, 224
Мурзин Г. А.	9, 155, 199, 224, 225	Нуритдинов Н. И.	11
Муродов Б. Х.	11	Нурмухаметов А. А.	9, 155, 199, 224, 225
Мурсыева Е. Н.	198, 203		

О

Облапенко П. Г.	214
Овчинников В. А.	90
Овчинникова Н. В.	32
Одарюк Т. С.	154
Одишелашвили Г. Д.	151
Одиянков Е. Г.	259
Озерова И. В.	52
Озманова Ю. М.	182
Озolina Л. А.	237
Окунев Н. А.	263
Оленин В. В.	25
Омельченка В. А.	135
Оноприев В. И.	90, 91, 92
Орехова А. А.	302
Орехова Л. А.	246, 270, 296
Орлов Б. Б.	33, 119
Орлов В. Л.	200
Орлов С. В.	235
Орлов С. Ю.	93
Орлова Г. В.	44
Орлова Л. П.	154
Осинцев Е. Ю.	218
Осипов Г. Н.	279
Остроухов Н. Ф.	60
Охотников О. И.	51

П

Павленко В. В.	273
Павленко С. Г.	201
Павлычев Р. Х.	158
Пак И. Л.	155
Палатова Л. Ф.	125
Панасенко С. И.	59
Панков С. М.	152
Панов В. А.	92
Панов В. П.	107
Панфилов П. В.	214
Панцырев Ю. М.	93
Панченко Е. П.	237
Пархисенко Ю. А.	93
Пахомова Г. В.	52, 162
Пашков А. С.	175
Пашков С. А.	201, 202
Пекарский В. Т.	35, 157, 274
Первова О. В.	33
Перескоков С. В.	272
Пересторонин И. Н.	89, 156
Перехода В. Н.	135
Перминова Г. И.	202
Перфилов А. А.	278
Перфильев В. В.	155
Петренко Т. Ф.	94
Петровичев Н. Н.	237
Петрушин К. В.	289
Петрушко С. И.	23, 24
Петухов В. А.	94
Пигин С. А.	204, 275
Пикиреня И. И.	229
Пиксин И. Н.	263, 293
Пикуза А. В.	180
Пилипчак В. А.	23, 149
Пинский С. Б.	148

Пирожников О. Ю.	47
Писарев В. Б.	165
Пискунов С. А.	246
Платонов В. С.	291
Платонов Н. С.	153
Плеханов В. Г.	256
Плечев В. В.	152, 175, 198, 201, 202, 203, 225, 263

Плотников Ю. В.	218
Плюта А. В.	220
Поволокин В. З.	23, 149
Погосян Г. С.	31
Погребняков В. Ю.	96
Погурало П. А.	27
Подеров В. Н.	25
Подоглян М. А.	150
Подольян С. А.	96
Подшивалов А. Г.	160
Подшивалов В. Ю.	110, 111, 213
Подымахо Н. С.	229
Поздняков В. И.	211
Покровский А. В.	237
Полушин Ю. С.	237
Полуэктов В. Л.	97
Полуэктов Л. В.	97
Поляков В. В.	153
Поляков И. А.	148
Полянский А. В.	80, 101
Полянский С. А.	101
Полянцев А. А.	95, 305
Пономарев Э. А.	282
Попов А. В.	125
Попов А. Ю.	64
Попов П. В.	76
Попова Е. В.	89, 125
Попова И. С.	165, 204
Постнова Н. А.	311
Постригань П. П.	267
Потапов М. П.	14
Приезжева В. Н.	88
Примасюк О. П.	65
Прокофьев В. С.	23, 149
Прокубовский В. И.	262, 264
Проскурина Г. Б.	171
Проскуряков И. Г.	131
Простов И. И.	254
Прудков М. И.	97
Пугаев А. В.	98, 205
Пушкарев В. П.	120, 306
Пшуков И. С.	306
Пшуков С. И.	306
Пыхтин Е. В.	36
Пышаков Г. А.	301

Р

Равич Л. Д.	150
Раджабов О. Г.	76
Радионон И. А.	99, 129
Разумейко А. В.	310
Разумовский Н. К.	183
Ракитин А. А.	290
Рамазанов И. А.	225
Рамазанов М. Р.	304

Рамазанов Р. Р.	68	Садов С. В.	294
Рассказов Д. С.	289	Саетгараев А. К.	79
Растринин С. А.	95	Сажин А. В.	209
Расулов С. М.	221, 268	Сажин В. П.	109, 110, 209, 295
Ратманов А. М.	179	Саидшах Азим Саид	149
Ратнер Г. Л.	99	Салазникова О. А.	61
Рахманкулов У. Т.	221	Саликов А. В.	70
Рахманов М. Ю.	100	Салимжанов Н. Н.	210, 265
Ревук М. С.	70	Салимзянов Ш. С.	55
Редькин Г. А.	100	Салпагаров Э. М.	164
Редько С. Ф.	208	Самарцев В. А.	125
Резник А. Н.	57	Самсонюк В. Г.	175
Ремизов А. В.	111	Санагин В. П.	16
Репин В. Н.	100	Сандаков И. Я.	122
Репин М. В.	234	Сандаков П. Я.	125, 211
Рехачев В. П.	39	Сарыгина Л. А.	25
Рехен Д. Г.	76, 157	Саттаров А. Э.	141
Решетников Е. А.	101	Саушев И. В.	25
Ровдо И. М.	207	Сахно В. Д.	101
Ровой А. А.	101, 206	Седов В. М.	106, 211, 265, 295
Рогаль М. Л.	92	Седун В. В.	132
Рогозин В. В.	282, 291, 293, 297	Селина И. Е.	162
Родионов О. А.	296	Семенов А. Ю.	230, 299, 308
Родионова И. Е.	42	Серажитдинов А. Ш.	296, 302
Родоман Г. В.	70	Сергеев А. В.	174
Розанов В. Е.	40, 164	Сергеев И. В.	105, 212
Розиков Ю. Ш.	41, 86	Сергеев Н. А.	266
Романов М. Д.	293	Сергейко А. А.	136
Романов С. В.	90	Сергиенко В. И.	74
Романов Э. И.	206, 206	Серебряков В. Н.	142
Романовский А. В.	294	Сивоконь Н. И.	32
Романовский В. Г.	164, 164	Сидоров Р. В.	254
Ромашова М. Л.	16	Силаев В. Н.	108
Ротанов М. Н.	283	Силаев М. А.	100
Рубинов М. А.	286	Силищев Р. Ф.	121
Рубцов О. Ю.	153	Силуянов С. В.	146
Рудик А. А.	101	Сильманович Н. Н.	136
Руммо О. О.	71, 207	Симатов А. М.	16, 145
Румянцев И. Г.	153	Синенченко Г. И.	49
Русаков С. К.	233	Синицын В. Е.	247
Рутенбург Г. М.	84	Синякин С. Ю.	81
Рутенбург Г. М.	214	Ситников В. А.	259
Рыбаков Г. С.	20, 21	Скопец С. М.	116
Рыбальченко Ю. Н.	178	Слесаренко С. С.	102, 103
Рыбачков В. В.	208, 209	Служко В. Л.	121
Рыбинский А. Д.	41, 163	Слынько Н. А.	42
Рывкин А. Ю.	159	Смагин А. А.	290
Рыгин Е. А.	299	Смаков Г. М.	212
Рыков О. В.	43, 44	Смачило Р. М.	18, 64
Рыхлов И. О.	289	Смирнов А. Б.	136
Рышков И. Л.	100	Смирнов В. М.	307
Рябков М. Г.	263	Смирнов В. Ю.	159
Рязанцева Н. В.	270	Смирнов Д. А.	211
С		Смолягин А. И.	89
Сабельников В. В.	275, 304, 307, 308, 310	Снигоренко А. С.	179
Саблин И. В.	104	Соболев В. А.	224
Савельев В. С.	111, 237, 264	Совцов С. А.	110, 111, 213
Савельев И. О.	252	Совцов С. Л.	66
Савин А. М.	6, 145	Соколов А. А.	69
Савов А. М.	75	Соколов А. В.	65
Савчук Б. Д.	209	Соколов Ю. С.	108
Сагдеев В. Ш.	230	Соколова С. Н.	114
		Соколович А. Г.	270

Соколов Г. Е.	270	Татьянченко В. К.	272
Соколовский В. С.	106	Ташкинов Н. В.	198
Соловьев В. А.	90	Телегин А. В.	293
Солод Н. Ф.	176	Темирсултанов Р. Я.	28
Солод Э. И.	276	Темнышов С. В.	216
Соломатин С. А.	311	Тенчуринов Ш. А.	113
Солонко А. С.	254, 262	Тепликов А. В.	211
Сомов А. А.	58	Терещенко В. Ю.	297
Сон Д. А.	259	Терещенко Г. В.	20
Сопия Р. А.	115	Терлецкий В. Н.	59
Сорокин В. В.	154	Тер-Хачатурова И. Е.	276
Сотников А. В.	307	Тибилев В. Е.	57
Сотниченко А. Б.	105	Тиммербулатов В. М.	152, 217
Сотниченко Б. А.	105, 267	Тимошин А. Д.	299, 308
Стадников А. А.	26, 114	Тимошенко В. А.	227
Станулис А. И.	109	Титаренко Ю. А.	164
Станчик И. В.	177, 219, 228	Титов В. В.	230
Старинский С. Ф.	106	Титова Г. П.	45, 127
Старков Ю. Г.	276, 277	Тихонов И. В.	86
Старосельцев К. Л.	147	Тищенко А. М.	64
Старостина М. А.	104	Ткачев В. К.	136
Старцев Ю. М.	272	Токин А. Н.	127
Старцева Ю. В.	125	Толстой А. Д.	57, 107, 115
Статкевич А. Р.	255	Толстокоров А. С.	116, 218
Сташков М. Я.	106	Толстых Г. Н.	17, 146
Степанов В. О.	58	Топузов Э. Г.	163, 177, 218, 219
Степанов Ю. П.	153	Тотиков В. З.	116, 219
Степура А. П.	267	Тоцилов С. Л.	166
Стецук Ю. В.	81	Траханов Ю. П.	94
Стойко Ю. М.	107, 267, 275, 304, 308, 310	Трегубенко А. И.	309
Столяров Е. А.	213	Трегубенко Ю. А.	309
Страдымов Ю. Н.	178	Третьяк С. И.	207
Стрекаловский В. П.	277	Троханов М. Ю.	128
Стрижелецкий В. В.	84, 159, 214	Трубинов А. А.	218
Ступин В. А.	146	Трунов А. Н.	58
Стяжкина С. Н.	259	Трушин П. В.	58
Суковатых Б. С.	296	Турина Е. П.	127
Султанов Г. А.	103	Тюрин И. Н.	132
Султанов Д. Д.	311	Тягунов А. Е.	269
Султанов Ш. А.	140	Тятюшкин М. В.	60
Султановская Л. П.	225		
Суплотова А. А.	20, 21	У	
Сусли П. А.	214	Углев Н. Н.	220
Суховеев П. Н.	85	Ульченко В. Ю.	131
Сухоруков А. М.	175	Ульянов В. И.	209
Сушенцев О. А.	63	Ульянов Д. А.	247
Сыромятникова Е. Д.	45	Уразбахтин И. М.	180
		Уразбахтина З. А.	74
Т		Уржумцева Г. А.	65
Тазалов В. А.	101	Урман М. Г.	117, 125
Талалакин А. И.	154	Урсов С. В.	22
Талипов Р. М.	215	Уртаев Б. М.	312
Талипов Р. Т.	111	Усманов Н. У.	311
Таловиков Р. Н.	32	Устинов Н. А.	100
Тарабрин В. И.	29, 112	Утешев Н. С.	162
Таранов И. И.	113	Уткин А. К.	14
Таранов И. И.	220	Уханов А. П.	118, 221
Тарасенко В. С.	26, 38, 89, 114	Ухарский В. Б.	94, 139
Тарасенко С. В.	113, 134, 215		
Тарасов С. Л.	120, 306	Ф	
Тарасович А. Д.	230	Фадина Л. И.	60
Таратынов И. Б.	299	Фазлиахметов Ф. Г.	203
Татаршаев М. Х-Б.	115, 216	Фархутдинов Р. Р.	215

Фаттахов В. Л.	24, 33	Хутиев Ц. С.	55, 56
Фахратов М. А.	221, 268		
Федоров В. Э.	134, 222	Ц	
Федоров Н. Ф.	25	Царенко И. А.	299
Федоровский В. В.	118	Царьков П. В.	154
Федосеев А. В.	114, 134, 215, 222	Цахаев С. А.	167
Федотов И. Л.	228	Цахаев С. А.	271
Федотов О. И.	228	Цициашвили В. Ш.	48, 49
Фетисов С. Н.	68	Цициашвили М. Ш.	238
Фефелов Е. А.	267	Цуканов Ю. Т.	230
Филимонов Г. П.	111	Цыганков П. А.	164
Филимонов М. И.	119	Цыганов А. Г.	139, 140
Филин В. А.	42	Цыденжапов Е. Ц.	33
Филиппов С. И.	60		
Философов С. Ю.	179	Ч	
Фишер Л. И.	222	Чадаев А. П.	231, 269
Фишман М. Б.	106	Чалый А. Н.	124
Фокин А. А.	246, 270, 296, 302	Чевочкин А. Ю.	31
Фокин Ал. Ан.	268, 302	Чемоданов Е. Б.	165
Фомин А. М.	75	Червяков Ю. В.	261
Фортыгин А. Я.	270	Черданцев Д. В.	33
Фролов Е. Б.	169	Черкасов В. А.	234, 238
Фролов К. Б.	247	Черкасов В. А.	62, 117, 125
Фролов С. А.	154	Черкасов М. И.	238
		Черкасов М. Ф.	272
Х		Чернов А. В.	232
Хабиров И. Г.	234	Чернов В. Н.	232, 233
Халидов О. Х.	20, 21	Чернов В. Ф.	126
Халилов Х. М.	79	Чернокозов А. И.	299, 308
Халимов В.	120	Черноусов А. Ф.	230
Халимов Э. В.	119	Черныш Т. И.	178
Халов Ю. Н.	121	Чиж В. Р.	247, 257
Хальзов А. В.	120, 121	Чикаев В. Ф.	18, 37, 126
Хальзов В. Л.	120, 121	Чирков А. Н.	208
Хамидов А. И.	122	Чирков Ю. В.	76
Хамидов А. И.	223, 279, 303, 304	Чистяков А. А.	127
Хамидов М. А.	122, 223	Чугунов А. Н.	138, 278
Хамидов М. А.	279	Чудинов Г. В.	303
Хан Е. Т.	61	Чудновец Л. Г.	263
Хан Р.	19	Чудных С. М.	41, 85, 86, 127, 149, 150, 197
Харахаш А. Я.	57	Чумаков А. А.	128
Харин П. И.	122, 224	Чумаков А. А.	220, 292
Харитонов Б. С.	102	Чумаков П. Г.	100
Харитонов В. Н.	97	Чупрынин В. Д.	40, 164
Харитонов С. В.	182		
Хасанов А. Г.	217	Ш	
Хачатрян Н. Н.	21	Шабанов Н. Я.	46
Хашиев Н. Л.	113	Шабентов И. П.	174
Хашиев Н. Л.	220	Шабунин А. В.	99, 129
Хестанов А. К.	219	Шавалеев Р. Р.	175
Хлопов В. Б.	19	Шавалеев Р. Р.	201, 202, 203, 225
Хмара М. Б.	76	Шавлохов И. Н.	55, 56, 279
Холоденин К. Г.	90	Шадрина В. Н.	292
Хоменко А. И.	63, 101	Шайдаков Е. В.	275, 304, 308, 310
Хомутникова А. И.	305	Шаймарданов Р. Ш.	79
Хорев А. Н.	128	Шалагинов С. И.	182
Хохряков В. И.	122	Шалин С. А.	130
Храмцов А. А.	47	Шамаева Т. Е.	234
Хрипун А. И.	231	Шамгунов А. Т.	121
Хрячков В. В.	123, 124	Шамсиев Р. Э.	130
Хубиев М. Б.	82	Шалкин Ю. Г.	301
Хунафин С. Н.	9, 155, 199, 224, 225	Шапошников А. В.	278
Хутиев Ц. С.	279	Шапошников В. И.	131, 229

Шарапудинов М. Ш.	167, 271	Щ	
Шарков П. Н.	246	Щеголев А. А.	169
Шаршавицкий Г. А.	39, 160, 161	Щербаков А. Н.	296
Шаталов А. А.	281	Щербаков П. Л.	42
Шаталов А. В.	281	Щербачев В. В.	226
Шахов А. В.	206	Щербюк А. Н.	45
Шебуев М. Г.	228	Щетко В. И.	13
Шевела А. И.	290	Щитинин В. Е.	226, 227
Шевцов П. Н.	297		
Шевченко В. П.	136	Э	
Шельгин Ю. А.	154, 281	Эздеков Б. Х.	246
Шербаков В. Н.	305	Эктов В. Н.	234
Шеронин С. В.	94	Эктов П. В.	212
Шерстобитов А. М.	52	Эфрон А. Г.	174
Шестаков А. И.	263		
Шестаков А. Л.	308	Ю	
Шиманко А. И.	311	Юданов А. В.	177
Шин И. П.	129	Юданов А. В.	235
Широбоков С. Н.	306	Юдин В. А.	135
Шишин К. В.	277	Юлдашев З. А.	180
Шишихин А. В.	142	Юрин Д. В.	292
Шишкин К. В.	276	Юрлов В. В.	106
Шишкин С. А.	269		
Шишкина Г. А.	163, 177, 218, 219, 228	Я	
Шляпников С. А.	131	Якимов С. В.	23, 24, 33
Шмально Е. Е.	18	Якимова В. Б.	24
Шмелькова Н. В.	25	Яковенко И. Ю.	136
Шнейдер Ю. А.	307	Яковенко М. В.	65
Шорох Г. П.	132, 229	Якушин В. И.	149, 150
Шорох С. Г.	132	Яновой В. В.	135, 235
Штофин Г. С.	132	Янюшин Н. М.	150, 197
Штофин С. Г.	132	Ярадайкин В. В.	37
Шугаев А. И.	133	Яргуни С. А.	201
Шулелова Е. К.	307	Ярема И. В.	136, 312
Шулутко А. М.	226	Яровая Г. А.	197
Шулутко А. М.	36	Яровенко Г. В.	249
Шульман Я. Г.	294	Ярошенко И. Ф.	165, 204
Шуляк С. А.	123, 124	Яушев В. Н.	293

СОДЕРЖАНИЕ

ПАНКРЕОНЕКРОЗ	7
ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ	137
ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЕН	237
ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ	313

СЕРИЯ ПЕРВЫХ ЧИСЕЛ ПРОМЫСЛЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ

Издатель и автор первой серии: *А.А.А.*

Содержание первой
серии: *А.А.А.*
Издатель: *А.А.А.*
Издательский отдел:

Содержание второй серии:

Содержание второй серии: *А.А.А.*
Содержание второй серии: *А.А.А.*
Содержание второй серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание:

Содержание третьей серии: *А.А.А.*
Содержание третьей серии: *А.А.А.*
Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание:

Содержание третьей серии: *А.А.А.*
Содержание третьей серии: *А.А.А.*
Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание:

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание:

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание:

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Содержание третьей серии: *А.А.А.*

Sinofi-synth

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	1
Правовые вопросы	2
Организационные вопросы	3
Клинические вопросы	4
Лабораторные вопросы	5
Инструментальные вопросы	6
Экономические вопросы	7
Этические вопросы	8
Образовательные вопросы	9
Научные вопросы	10
Спортивные вопросы	11
Другие вопросы	12
Заключение	13
Список литературы	14
Индекс	15

ИД № 01149
ISBN 5-85616-015-0

Девятый Всероссийский съезд хирургов.
Волгоград, 20-22 сентября 2000 года. Материалы съезда.
Волгоград, 2000. — 330 стр.

Сборник содержит материалы съезда.

Формат 60х90 1/8. Тираж 1000 экз. Заказ №477
Отпечатано в типографии «Омега-принт», г. Ростов-на-Дону.
ООО «Издательство «Городские вести», 2000