

УДК 616.37-001-089

Б.Р. Башкуев<sup>2</sup>, С.Б. Бутуханов<sup>1,2</sup>, К.В. Николаева<sup>2</sup>, В.П. Саганов<sup>1,2</sup>, Э.Б. Раднаев<sup>2</sup>**НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА  
В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИМ. В.В. АНГАПОВА**<sup>1</sup> ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», Улан-Удэ, Россия<sup>2</sup> МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова»,  
Улан-Удэ, Россия**ВВЕДЕНИЕ**

В современной клинической хирургии лечение деструктивного панкреатита остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем [1, 3, 5]. В структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости панкреонекроз занимает первое место [2, 4]. Основной поток больных с сочетанной травмой органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы в г. Улан-Удэ поступает в Больницу скорой медицинской помощи.

Также актуальной остается проблема лечения такого последствия деструктивного панкреатита, как развитие наружного свища передней брюшной стенки [6]. Лечение данной патологии сопровождается многократным стационарным лечением [7].

**ЦЕЛЬ РАБОТЫ**

Изучить статистические данные больных, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии БСМП им. В.В. Ангапова, а также алгоритмы диагностики и лечения сочетанной травмы органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы и панкреатогенным наружным свищом для оптимизации тактики лечения данной категории больных.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Материалом данной работы являются результаты ретро- и проспективного анализов историй болезни 9 больных с острым панкреатитом, которые находились на лечении в отделении гнойной хирургии БСМП им. В.В. Ангапова с 2004 по 2014 гг.

Исследуемые больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – с сочетанной травмой органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы (5 больных); 2-я группа – с панкреатогенным наружным свищом (4 больных).

Также всем больным проводились рентгеновские, инструментальные обследования: фистулография, ультразвуковое исследование.

По половому признаку преобладали лица мужского пола (6 больных). Средний возраст пациентов обеих групп существенно не различался ( $45 \pm 6,1$  лет).

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

В 1-й группе (55,5 % от общего числа больных) травма являлась сочетанной, что отразилось в большем объеме оперативного вмешательства из-за одновременного повреждения других органокомплексов брюшной полости. При сочетанной травме, кроме поджелудочной железы, из органов живота наиболее часто повреждались: селезенка (3 случая), тонкий и толстый кишечники (2 случая), почки, печень (1 случай). Характерной для сочетанных повреждений органов брюшной полости является высокая частота внутрибрюшных, забрюшинных кровоизлияний (4 случая). Так, среднее количество операций на 1 больного в 1-й группе составило  $4,2 \pm 1$ . Всем больным 1-й группы была проведена лапаротомия, и дальнейшая тактика варьировалась в зависимости от интраоперационной травмы.

**Проведенные операции:**

**1-й больной:** 1) диагностическая лапароскопия, лапаротомия, марсупилизация сальниковой сумки, санация, дренирование брюшной полости; 2) лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости; 3) релапаротомия, вскрытие абсцесса брюшной полости, устранение непроходимости, дренирование брюшной полости.

**2-й больной:** лапаротомия, спленэктомия, резекция ободочной кишки, наложение анастомоза, дренирование брюшной полости.

**3-й больной:** 1) лапаротомия, вскрытие гематомы правого бокового кармана брюшной полости; 2) релапаротомия, некрсеквестрэктомия в области хвоста поджелудочной железы, санация, дренирование парапанкреальной, параколярной клетчатки слева.

**4-й больной:** 1) лапаротомия, холецистэктомия, дренирование гепатикохоледоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки, абдоминализация поджелудочной железы; 2) релапаротомия, ревизия, дренирование брюшной полости.

**5-й больной:** 1) лапаротомия, спленэктомия, ушивание ран печени, двенадцатиперстной кишки, левой почки, тампонирование брюшной полости; 2) релапаротомия, ревизия брюшной полости, забрюшинного пространства, нефрэктомия слева, дренирование брюшной полости, забрюшинного про-

странства слева; 3) релапаротомия, некрсеквестрэктомия, санация, дренирование брюшной полости, тампонирование ложа селезенки; 4–7) программированные санации брюшной полости; 8) ушивание эвентрации, санация дренирование брюшной полости; 9–10) программированные санации брюшной полости; 11) наложение гастроэнтероанастомоза, санация дренирование брюшной полости; 12) релапаротомия, санация брюшной полости.

Средняя продолжительность госпитализации больных 1-й группы составила 44 дня.

Во 2-ю группу вошли 4 больных с панкреатогенными наружными свищами. Больные данной группы были ранее оперированы по поводу распространенного панкреонекроза. Средняя продолжительность лечения больных 2-й группы составила  $16,5 \pm 4,1$  суток. Во 2-й группе применялась только консервативная терапия. В проводимую консервативную терапию входили: антибиотикотерапия (цефалоспорины III поколения в сочетании с метронидазолом или фторхинолоны), нутритивная поддержка, ингибиторы протеолиза (гордокс, октреотид по стандартной схеме, инфузионная терапия), перевязки с антисептиками (пронтосан, хлоргексидин).

Все больные 1-й группы были госпитализированы в клинику в экстренном порядке в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, больные 2-й группы – в плановом порядке в удовлетворительном состоянии. Временной промежуток между госпитализацией больных 1-й группы и операцией составил  $70 \pm 20$  минут. Сложность в диагностике показаний к экстренному оперативному вмешательству обусловлена скрытой и неясной клинической картиной данной патологии. Всем больным 1-й группы оперативное вмешательство было проведено в экстренном порядке с последующим проведением интенсивной терапии в условиях отделения реанимации. Кроме этого, больным 1-й группы оперативное вмешательство проводилось на фоне нестабильного состояния с развитием травматического шока, что отразилось на результатах комплексного лечения.

Так, при травматическом повреждении поджелудочной железы летальность составила 20 % (1 больной). Причинами ее явились тяжелый сочетанный характер травмы, большой объем оперативного вмешательства, многократность оперативных вмешательств, полиорганная дисфункция. Во 2-й группе летальных исходов не было. Общая летальность составила 11 %.

## ВЫВОДЫ

1. Больные с сочетанной травмой органов брюшной полости с повреждением поджелудочной железы нуждаются в обследовании в максимально короткие сроки для определения дальнейшей тактики лечения.
2. Для больных с панкреатогенным наружным свищом предпочтительна консервативная терапия.

## ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Анишин Н.С., Пилипенко С.А. Повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1981. – Т. 126, № 6. – С. 98–102.
- Anishin NS, Pilipenko SA (1981). Injuries of pancreas at closed intraabdominal injury [Povrezhdeniya podzheludochnoj zhelezy pri zakrytoj travme zhivota]. *Vestn. hir. im. I.I. Grekova*, 126 (6), 98–102.
2. Артемьева Н.Н., Напалков П.Н. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 1982. – № 11. – С. 39–46.
- Artemyeva NN, Napalkov PN (1982). Surgical treatment of complicated forms of chronic pancreatitis [Hirurgicheskoe lechenie oslozhnennyh form hronicheskogo pankreatita]. *Vestn. hir. im. I.I. Grekova*, 11, 39–46.
3. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Профилактика и лечение острого травматического панкреатита // Анналы хирург. гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 26–29.
- Bagnenko SF, Goltsov VR (2010). Prevention and treatment of acute traumatic pancreatitis [Profilaktika i lechenie ostrogo travmaticheskogo pankreatita]. *Annaly hirurg. gepatologii*, 15 (1), 26–29.
4. Ващетко Р.В., Толстой А.Д., Курьгин А.А. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: рук-во для врачей. – СПб., 2000. – 320 с.
- Vashchetko RV, Tolstoy AD, Kurygin AA (2000). Acute pancreatitis and traumas of pancreas: manual [Ostryj pankreatit i travmy podzheludochnoj zhelezy: ruk-vo dlja vrachej], 320.
5. Гальперин Э.И. Лекции по гепатобилиарной хирургии. – М., 2011. – 536 с.
- Galperin EI (2011). Lectures on hepatobiliary surgery [Lekcii po gepatobiliarnoj hirurgii], 536.
6. Almeida A et al. (2008). Abdominal and gastrointestinal. Abdominal viscera (solid organs). Miscellaneous. *Ann. Surg.*, 16, 235–246.
7. Jafri NS, Mahid SS, Idstein SR (2009). Antibiotic prophylaxis is not protective in severe acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Surg.*, 197, 806–813.

## Сведения об авторах Information about the authors

**Башкуев Булат Романович** – врач-ординатор отделения гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова (670042, г. Улан-Удэ, пр-т Строителей, 1; тел.: 8 (3012) 55-62-74; e-mail bashkuev@inbox.ru)  
**Bashkuev Bulat Romanovich** – Resident Physician of Septic Surgery Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital (pr-t Stroiteley, 1, Ulan-Ude, 670042, Russia; tel.: +7 (3012) 55-62-74; e-mail: bashkuev@inbox.ru)

**Бутуханов Сергей Борисович** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова, старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии Медицинского института Бурятского государственного университета

**Butukhanov Sergey Borisovich** – Candidate of Medical Sciences, Head of Septic Surgery Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital, Senior Lecturer of the Department of Hospital Surgery of Medical Institute of Buryat State University

**Николаева Клементина Васильевна** – врач-ординатор отделения гнойной хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Nikolaeva Klementina Vasilyevna** – Resident Physician of Septic Surgery Unit of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

**Саганов Владислав Павлович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института Бурятского государственного университета

**Saganov Vladislav Pavlovich** – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Hospital Surgery of Medical Institute of Buryat State University

**Раднаев Эрдэм Балжинмаевич** – кандидат медицинских наук, главный врач Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова

**Radnaev Erdem Balzhinmaevich** – Candidate of Medical Science, Head Physician of Angapov Municipal Clinical Emergency Care Hospital

УДК 616.37-006.2-039-089.878-07

Ю.Ф. Быкова, Г.Ц. Дамбаев, М.М. Соловьёв

## СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНСТРУКЦИИ ИЗ МАТЕРИАЛА С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

### ВВЕДЕНИЕ

Частота возникновения ложных кист поджелудочной железы колеблется от 2,3 до 27 % от общего числа больных панкреатитом [1, 2, 6, 7, 8, 9, 10].

В настоящее время существует два основных метода хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы: путем открытой операции и через миниинвазивные доступы. Известны следующие виды оперативных вмешательств: радикальный – резекция поджелудочной железы или цистэктомия в изолированном варианте, операции наружного дренирования и операции внутреннего дренирования с наложением анастомозов [1, 7, 8, 9]. При выполнении резекции поджелудочной железы высок риск кровотечения и развития панкреатических свищей. Цистэктомия требует определенных условий: экстрапанкреатическое расположение; формирование кисты в удалении от основной части поджелудочной железы с сообщением с ней в виде узкого перешейка [2, 7, 8, 11]. Наружное дренирование проводится по экстренным показаниям, когда не представляется возможным выполнить внутреннее дренирование. Отрицательной стороной метода является рецидив заболевания в 27–57 % случаев и формирование наружных свищей – в 10–33 % случаев [7, 8, 9].

В плановой абдоминальной хирургии при псевдокистах поджелудочной железы приоритетным является внутреннее дренирование. Данный метод приводит к опорожнению полости кисты с постепенной ее облитерацией [2, 7, 8, 9].

Однако у традиционных способов формирования цистодигестивных анастомозов есть ряд недостатков, наиболее существенным из которых является сквозной характер прошивания стенки кисты и ана-

стомозируемого органа. Загрязнение лигатурного канала микроорганизмами из полости кишки вызывает бактериальное воспаление соустья. Анастомозит изначально носит острый, а затем хронический характер, что способствует нарушению эвакуации, инфильтрации и несостоятельности шва. Хронический анастомозит и «лигатурная болезнь» нередко завершаются рубцовой облитерацией анастомоза с прекращением дренирования кисты [3, 4, 5].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать способ создания компрессионного соустья между полостью кисты и различными отделами пищеварительного тракта (желудок, двенадцатиперстная и тощая кишка) с использованием оригинальной конструкции из никелида титана.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Экспериментальное исследование проводилось на нелинейных кроликах весом 2800–3600 г. Работа была выполнена с соблюдением правил, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных и других опытов с участием экспериментальных животных разных видов.

В качестве прототипа псевдокисты поджелудочной железы использовался мочевого пузыря, стенка которого в 4 раза толще стенки тонкой кишки. Цистодигестивный анастомоз формировался путем наложения компрессионного соустья между полостью мочевого пузыря и тощей кишкой с использованием конструкции из никелида титана. В исследовании были взяты две сравнительные группы. У 8 кроликов в первой группе использовалась конструкция в виде канцелярской скрепки, которая была разрабо-