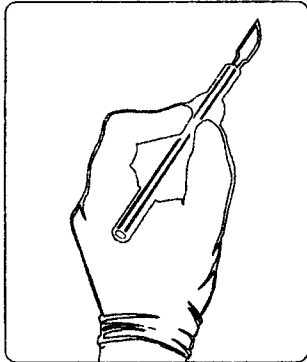


Л и т е р а т у р а

1. Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии. Л.: Медицина, 1988. 224 с.
2. Светлов В.А. Анестезиологическое обеспечение реконструктивных и пластических операций

с микрохирургической техникой: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989. 48 с.

3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. М.: Гиппократ, 1998.



УДК 616.67 — 002 — 08

Э.А. Левичев, А.М. Каверин, В.П. Шишкин

ТАКТИКА И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В БОЛЬНИЦЕ С ОГРАНИЧЕННЫМИ РЕСУРСАМИ ДИАГНОСТИКИ

Городская больница "Скорой медицинской помощи", г. Северодвинск

Количество больных с острым панкреатитом постоянно растет. По данным В.С. Савельева и соавт. [1], оно варьирует от 200 до 800 случаев на 1 млн населения в год. У 15-20% пациентов развитие острого панкреатита приобретает деструктивный, некротический характер [1, 2]. Ведущими этиологическими факторами в развитии острого панкреатита являются воспалительные заболевания внепеченочных желчных путей (билиарный панкреатит) и хронический алкоголизм (алкогольный панкреатит). К развитию острого деструктивного панкреатита (ОДП) приводят также заболевания 12-перстной кишки, травмы поджелудочной железы, острые и хронические нарушения кровообращения с расстройствами микроциркуляции, острые отравления и др.

Основные осложнения ОДП делятся на две группы: ранние (токсемические) и поздние (септические) [1]. Эти две группы осложнений по-прежнему остаются и главной причиной смерти у больных с деструктивным панкреатитом [1-3]. Летальность при деструктивном панкреатите колеблется, по данным разных авторов, от 20 до 85% [1-5].

В настоящее время используются три основных метода дренирующих операций при ОДП, которые условно подразделяются на закрытые, открытые и полукрытые.

"Закрытое" лечение ОДП требует хорошего лечебно-диагностического обеспечения. Лабораторные исследования при его использовании должны проводиться в полном объеме (включая активность ферментов в сыворотке, брюшном экссудате и моче, регулярное измерение КЩС крови, определение уровня С-реактивного белка, интерлейкина-6 и -10, эластазы нейтрофилов, прокальцитонина крови и т.п.). Большинство из перечисленных лабораторных тестов во многих больницах, в том числе и в нашей, не может выполняться из-за

ограниченных ресурсов и слабого материально-технического обеспечения. Компьютерная томография на настоящем этапе — "золотой стандарт" в топической диагностике панкреонекроза, высокие диагностические возможности имеет и метод ядерного магнитного резонанса.

Для интегральной оценки степени тяжести больного с ОДП и прогнозирования исхода заболевания применяются различные клинико-лабораторные шкалы балльной оценки параметров физиологического состояния, которые обеспечивают точность прогнозирования до 70-80%. Наиболее распространенными системами интегральной оценки тяжести состояния больного и прогноза острого панкреатита являются шкалы В.С. Савельева, Ranson, APACHE-2, SAPS. К сожалению, лабораторные и физиологические показатели, необходимые в качестве ведущих критериев этих шкал, в полной мере нам не доступны.

Для верификации формы панкреонекроза мы использовали клиническую оценку степени тяжести течения панкреатита, традиционные показатели клинических и биохимических лабораторных исследований, УЗИ, лапароскопию, ФГДС, рентгенологическое исследование грудной и брюшной полостей. Не секрет, что нередко диагноз деструктивного панкреатита ставится интраоперационно во время выполнения экстренной лапаротомии по поводу острого живота.

Материалы и методы

Используя материалы ОАРИТ больницы СМП г. Северодвинска за десять лет (1991-2000 гг.), мы исследовали ретро- и проспективным путем течение и исходы 100 случаев острого панкреонекроза, где в качестве хирургических подходов лечения были использованы открытый и полукрытый методы. По клиническим критериям тяжести ис-

Таблица 1

Лабораторные данные у исследуемых больных при поступлении

Клинический показатель	Группа		
	1-я (n=59)	2-я (n=20)	3-я (n=21)
Уровень гемоглобина, г/л	118±12	114±14	116±8
Количество лейкоцитов, ×10 ⁹ /л	15±4,3	18,2±6,8	13,2±7,4
Сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, %	11,8±3,8	13,1±2,9	16,4±1,6
Амилаза крови, ЕД	42,3±2,8	31,3±4,2	28,6±3,4
Амилаза экссудата, ЕД	486±27	642±34*	1764±92**

Примечание. Достоверность различий рассчитана в сравнении с первой группой по критерию Стьюдента: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Таблица 2

Сроки оперативных вмешательств у исследуемых больных с острым панкреонекрозом

Клинический показатель	Группа больных			Всего
	1-я	2-я	3-я	
Количество повторных операций	11	8	4	23
Срок от момента заболевания до операции				
Операция в первые сутки	28	10	12	50 (50,0%)
От 2 до 5 сут	25	6	4	35 (35,0%)
Более 5 сут	6	3	2	11 (11,0%)
Не оперировано	-	1	3	4 (4,0%)
Итого:	59	20	21	100

ходного состояния исследованные больные были разделены на три группы. В первую группу были включены больные с признаками выраженной системной воспалительной реакции, но без нарушений показателей системной гемодинамики (59 чел.), во вторую группу — больные с признаками тяжелого сепсиса и выраженными нарушениями гемодинамики, для стабилизации которых потребовалась инотропная поддержка (20 чел.), в третью группу — больные, поступившие в состоянии выраженного панкреатогенного шока, когда требовалось проведение всего комплекса противошоковых мероприятий для стабилизации витальных функций (21 чел.)

По возрасту больные распределились следующим образом: до 40 лет — 30 чел. (30%), от 40 до 60 лет — 42 чел. (42%), более 60 лет — 28 чел. (28%). Среди включенных в исследование пациентов мужчины составляли 67%, женщины — 33%.

Ведущими причинами ОДП в 51% случаев были заболевания внепеченочных желчных путей, в 42% — хронический алкоголизм, в 4% — посттравматический панкреонекроз, к прочим видам ОДП отнесены 3% случаев.

Одними из наиболее доступных критериев, отражающих степень тяжести острого деструктивного панкреатита, являются уровень амилазы крови и уровень амилазы экссудата брюшной полости. Более достоверным показателем тяжести ОДП мы считаем уровень амилазы экссудата. Об этом можно судить по лабораторным данным, характеризу-

ющим исходное состояние в группах больных. Обращает внимание, что статистически достоверным различие лабораторных данных в группах было лишь при сравнении активности амилазы в экссудате брюшной полости (табл. 1).

Оперативные вмешательства были выполнены у 96% больных. В первые сутки от момента поступления в стационар прооперировано 50% пациентов, в срок от 2 до 5 сут — 35%, более 5 сут — 11%. Основными показаниями к проведению хирургического вмешательства при панкреонекрозе были деструктивный холецистит, панкреотогенный ферментативный перитонит, гнойный оментобурсит, септическая флегмона забрюшинной клетчатки. У 54% больных срочная операция была выполнена по поводу острого холецистита и перитонита, а панкреонекроз в этих случаях был интраоперационным диагнозом. У 23% больных в связи с трансформацией ОДП в гнойный панкреатит потребовались повторные оперативные вмешательства. В основном это были программируемые ревизии зоны малого сальника брюшной полости и санации забрюшинного пространства (табл. 2).

Не оперировано 4 больных, которые были доставлены в больницу в состоянии рефрактерного инфекционно-токсического шока, и реанимационные мероприятия у этих больных в течение 6-12 ч были безуспешны. Диагноз острого деструктивного панкреатита во всех случаях был подтвержден на аутопсии.

В анализируемых группах больных 88% оперативных вмешательств выполнены открытым и полукрытым методом и только 8% операций были выполнены закрытым методом.

Характер первичных операций:

лапаротомия, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	— 53%;
лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	— 23%;
лапароскопия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	— 8%;
холецистэктомия, дренирование холедоха, лапаростомия	— 4%;
лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства	— 4%;
лапаротомия, холецистостомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства	— 3%;
вскрытие абсцесса поджелудочной железы, оментобурсостомия	— 1%.

Характер повторных операций:

релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости	— 7 (30,4%);
---	--------------

ушивание лапаростомы	— 4 (17,4%);
релапаротомия, дренирование сальниковой сумки и забрю- шинного пространства	— 3 (13%);
релапаротомия, дренирование подпеченочного пространства	— 3 (13%);
релапаротомия, вскрытие абсцесса ПЖ, дренирование	— 2 (8,7%);
прочие операции	— 4 (17,4%)

У одного больного было выполнено всего 7 операций (6 реопераций). В конечном итоге этот больной был выписан с колостомой на долечивание в амбулаторных условиях.

С момента диагностики ОДП больные в предоперационном и послеоперационном периоде находились в реанимационном отделении. Интенсивная терапия была направлена на стабилизацию гемодинамики, регидратацию, коррекцию нарушений кислотно-основного состояния, поддержание оптимального уровня доставки кислорода, блокаду секреторной активности функции поджелудочной железы и медиатороза (применялся сандостатин или октреотид в дозе 100 мкг 3 раза в сутки на протяжении 5-7 сут, у отдельных больных — 5-фторурацил в дозе 10 мг/кг однократно на протяжении 2-3 сут). Широко использовали ингибиторы протеаз в доступных дозировках (контрикал, гордокс, трасилол). По показаниям проводилась интра- и экстракорпоральная детоксикация (форсированный диурез, гемосорбция, плазмоферез с УФО), антибактериальная профилактика и терапия, нутритивная поддержка.

При обезболивании больных с деструктивным панкреатитом методом выбора является длительная эпидуральная блокада на уровне Th₇-Th₈. Считаем важным условием постоянную эвакуацию желудочного содержимого через назогастральный зонд, проведение локальной наружной гипотермии. Для устранения дискинезии использовали спазмолитики (но-шпа, папаверин и др.) на фоне адекватного восполнения ОЦК. Все больные получали полное или частичное парентеральное питание с последующим переходом на энтеральное питание в ранние сроки заболевания.

На фоне увеличения уровней липаземии и амилаземии, развития стойкого пареза кишечника в первые 1-3 сут ОДП (до нормализации функции ЖКТ) проводили полное парентеральное питание (использовали препараты липофундин и аминоклазмаль фирмы "В. Braun").

При выборе антибактериальных препаратов при остром деструктивном панкреатите мы стремились соблюдать два основных условия:

1) спектр действия антибиотиков должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы возбудителей панкреатогенной инфекции;

2) чем лучше проникает антибиотик в ткани поджелудочной железы через гематопанкреатический барьер, тем эффективнее он действует на микроорганизмы.

Учитывая эти условия, в последние годы мы преимущественно применяли цефалоспорины 3

Основные результаты лечения больных с панкреонекрозом

Исход лечения	Группа			Всего	
	1-я	2-я	3-я	абс.	%
Выздоровление	38	9	3	50	50
Смерть	5	5	18	28	28
Выписаны с осложнениями	16	6	-	22	22
Итого:	59	20	21	100	100

поколения (цефатоксим, цефтазидим) и 4 поколения (цефепим), фторхинолоны (ципрофлоксацин), карбапенемы (тиенам, меронем) как в виде монотерапии, так и в комплексе с другими антибактериальными препаратами (аминогликозидами, метронидазолом).

В целях селективной деконтаминации тонкого кишечника использовали зондовое введение смеси аминокликозидов (гентамицин 160-240 мг/сут), полимиксина М (до 400 мг/сут), дифлюкана или флуконазола (100-200 мг/сут).

Больные с ОДП находились в реанимационном отделении в среднем 6-8 сут, в том числе до 5 сут — 51% больных, в течение 5-10 сут — 21%, 10-15 сут — 15% и более 15 сут — 13%. Среднее пребывание в стационаре у больных первой группы составило 34,5±6,7 койко-дня, второй группы — 31,8±6,3 койко-дня, третьей группы — 18,6±4,3 койко-дня. Снижение среднего койко-дня в третьей группе объясняется высокой летальностью в ранние сроки в силу тяжести ОДП. Основные результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом представлены в табл. 3.

Преобладающим осложнением были различные виды кишечных свищей, которые развились у 20 больных. У 2 больных сформировалась киста поджелудочной железы. Вероятно, развитие кишечных свищей как основного вида осложнений связано со значительной интраоперационной травмой ЖКТ и повторными манипуляциями на кишечнике (реоперации на фоне сниженного нутритивного статуса выполнялись каждому четвертому больному). У 16 пациентов кишечные свищи закрылись самостоятельно под влиянием консервативной терапии, 2 больных были оперированы и также выздоровели.

Наибольшая летальность наблюдалась в третьей группе больных. Инфекционно-токсический шок панкреатогенного характера относится к числу ранних токсемических осложнений деструктивного панкреатита, который приводит к развитию полиорганной недостаточности и летальному исходу. По данным различных авторов [1-4], в стадии острой панкреатогенной токсемии погибает от 11 до 40% больных с панкреонекрозом. Данный фактор был причиной смерти у 18 больных, включенных в исследование (64,2% от общего числа умерших).

Вторая фаза тяжести ОДП связана с развитием постнекротических гнойных осложнений. В этот период пациенты умирают от развития панкреатогенного сепсиса, септического шока и септической полиорганной недостаточности. При разви-

тии инфицированного панкреонекроза летальность варьирует от 40 до 70%. В исследуемых группах от панкреатогенного сепсиса погибло 7 пациентов. Еще 3 пациента умерли в отдаленный послеоперационный период от тромбоэмболии легочной артерии, острого инфаркта миокарда, острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Заключение

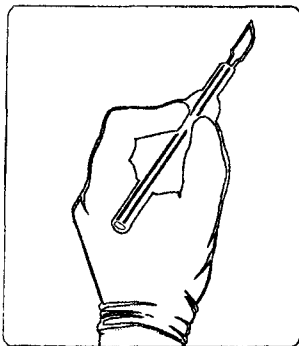
Острый деструктивный панкреатит остается актуальной проблемой urgentной хирургии и интенсивной терапии. Панкреонекроз является одним из тяжелых, труднопрогнозируемых заболеваний, однако комплексная консервативная терапия и выбор оптимального срока и вида оперативного вмешательства позволяют добиться более благоприятных результатов.

На сегодняшний день наиболее часто избираемыми вариантами дренирующих операций при ОДП

являются открытый и полуоткрытый методы. При использовании активной хирургической тактики и комплексной интенсивной терапии в условиях ОРИТ можно получить хорошие результаты выздоровления, которые, по данным нашей больницы, в исследованной группе из 100 больных с ОДП достигнуты в 72% случаев.

Л и т е р а т у р а

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №9.
2. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. СПб.: Питер, 1994. 410 с.
3. Мат-лы IX Всероссийского съезда хирургов // *Consilium Medicum*. 2001. Т.3. №6.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №7.
5. Охлобыстин А.В., Ивашкин В.Т. // *Consilium Medicum*. 2000. Т.2, №7.



УДК [617.718.1 + 617.717.1] – 006.6 – 089

Г.А. Пальшин, В.Г. Пальшин

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ В ЯКУТИИ

*Медицинский институт Якутского госуниверситета им. М.К. Аммосова,
г. Якутск*

Злокачественные новообразования костей скелета в Республике Саха (Якутия) составляют от 2,2 до 2,9 на 100 тыс. населения [1]. С 1999 г. в Республике внедрен органосохраняющий метод оперативного лечения злокачественных опухолей костей в системе комплексной терапии [3, 5], а до этого времени общепризнанным методом хирургического лечения был ампутиационный.

Целью нашего исследования являлось изучение результатов органосохраняющих оперативных вмешательств, проведенных у больных со злокачественными поражениями костей, лечившихся в отделениях травматологии и ортопедии г. Якутска за период с 1999 по 2001 г.

Материал и методы

По поводу злокачественных опухолей костей скелета лечилось 11 больных, из них 4 мужчины и 7 женщин. Возраст больных составлял от 10 до 62 лет, в среднем 34 года. До обнаружения опухоли лечились по поводу болевого синдрома и получали физиолечение 10 больных.

Всем больным произведена открытая биопсия патологического очага. Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден гистологи-

ческими и цитологическими исследованиями биоптата до операции. Для уточнения локализации и распространенности патологического процесса больным до операции проведены магнитно-резонансная томография пораженного сегмента и радиоизотопная скintiграфия.

Мягкотканый компонент опухоли выявлен в 9 случаях. У больных с опухолями, “чувствительными” к химиолучевой терапии, проводили лечение по принципам неoadьювантной химиотерапии с учетом степени патоморфоза удаленной опухоли.

Во время операции всем больным произведено цитологическое экспресс-исследование содержимого костно-мозгового канала оставленного конца резецированной кости, что позволило у 2 больных обнаружить наличие опухолевых клеток и в абластичных условиях провести большую резекцию.

Эндопротезы для больных изготовлены индивидуально в ГЭП ЦИТО, ОАО “ЭСИ” и “Безноска”, а забор аутооттрансплантатов из малоберцовой кости производился во время операции.

По нозологической картине на остеогенную саркому (ОС) и злокачественную гигантоклеточную опухоль (ЗГО) приходилось по 3 случая, на злокачественную фиброзную гистиоцитому (ЗФГ)