

или кишечным швом по Пирогову-Матешуку. Верхний угол культи ДПК в области боковой стенки большой кривизны после завершения наложения первого ряда кишечных швов приобретает вид «капюшона», который мы затем инвагинируем в просвет культи ДПК с наложением второго ряда кишечных швов.

Использование предложенного узлового кишечного шва позволяет достичь надежного зашивания культи ДПК в самом трудном для этого участке, в котором чаще всего и возникает несостоятельность кишечных швов, при незначительной (до 3 мм) мобилизации боковой стенки малой кривизны ДПК. Наличие трех стежков, выполненных указанным способом, при завязывании узлового кишечного шва обеспечивает плотное соприкосновение наружной поверхности передней, задней и боковой стенок малой кривизны ДПК в области нижнего угла культи ДПК, что создает герметичность культи в области кишечного шва и необходимые условия для ее заживления.

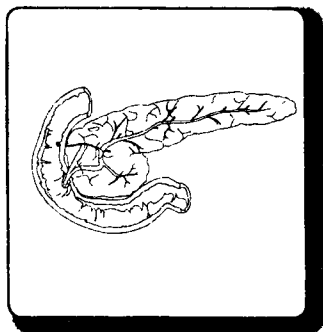
Погружение верхнего угла ушитой культи ДПК в форме «капюшона» в ее просвет с последующим наложением второго ряда кишечных швов не только дополнительно герметизирует первый ряд кишечных швов, но и уменьшает внутриполостное кишечное давление в области наиболее ответственного первого кишечного

шва в нижнем углу культи ДПК, так же обеспечивая его надежность. При этом способе зашивания культи ДПК мы не подшиваем к культе ДПК серозную оболочку и капсулу ПЖ, что уменьшает травматичность операции.

Указанный метод выбора оптимального уровня пересечения ДПК и зашивания ее культи при РЖ используется в нашей клинике более 8 лет, что позволило нам успешно решить проблему «трудной» культи ДПК. Ни в одном из случаев повреждения желчного и панкреатического протоков, самой ПЖ и несостоятельности культи ДПК не наблюдалось.

Л и т е р а т у р а

1. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Мед. информ. агентство, 2005. 400 с.
2. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни. Новосибирск: Наука, 1983. 195 с.
3. Навроцкий И.Н. Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1972. 183 с.
4. Никитин Н.А. // Хирургия. 1990. №9. С. 103-107.
5. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 296 с.
6. Попов С.Д. // Вестн. хирургии. 1956. № 8. С. 46-53.



УДК 616.37 - 002.4 - 002 - 089

М.М. Винокуров, В.Г. Аммосов, В.В. Савельев

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Медицинский институт Якутского государственного университета,
г. Якутск*

Анализ многих литературных данных свидетельствует, что заболеваемость острым панкреатитом остается на прежнем уровне и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн населения в год [1, 4]. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер [6, 9]. С развитием панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [8]. Результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом являются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди

причин смерти больных с острым деструктивным панкреатитом составляет 80% [7].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом (ИФП), принимая во внимание склонность к рецидивному течению гнойно-некротического процесса в брюшной полости (БП) и забрюшинной клетчатке (ЗК), привело нас к необходимости использования стратегии многоэтапных оперативных вмешательств. Вместе с тем, по мере накопления опыта возникла необходимость прове-

дения сравнительного анализа традиционных вариантов хирургической тактики при ИФП.

Материалы и методы

Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 76 больных с ИФП, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и Республиканского центра экстренной медицинской помощи за период с 2000 по 2006 г. Дана общая характеристика клинического материала больных с острым деструктивным панкреатитом. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл 1.

Диагноз панкреонекроза и его осложненный верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики: микробиологического и цитологического исследования перитонеального экссудата, интраоперационных и патолого-анатомических исследований операционного материала, ультразвукового сканирования БП и ЗК, видеолaparоскопии, чрезкожных диагностических пункций жидкостных образований ЗК и БП под контролем ультрасонографии с последующим микробиологическим исследованием пунктата. По показаниям проводилась компьютерная (КТ) или магниторезонансная томография (МРТ). Для оценки тяжести общего состояния больного использовали интегральные системы-шкалы (Ranson, APACHE II).

Всем больным, оперированным по поводу ИФП, выполняли срединную лапаротомию. После ревизии органов брюшной полости, осмотра париетальной и висцеральной брюшины, большого сальника оценивали состояние ЗК, брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишок, параободочной забрюшинной клетчатки справа и слева, определяли объем и характер экссудата. Затем путем рассечения желудочно-ободочной связки вскрывали полость сальниковой сумки. На основании критериев, предложенных Ю.А. Нестеренко и соавт. (1988), выделяли следующие клинко-морфологические формы панкреатогенной инфекции: инфицированный панкреонекроз (ИП), панкреатогенный абсцесс (ПА) и инфицированный панкреонекроз в сочетании с панкреатогенным абсцессом (ИП+ПА). После мобилизации поджелудочной железы по верхнему и нижнему краю выполняли мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В зависимости от пути распространения гнойно-некротического процесса производили мобилизацию селезеночного или печеночного изгибов ободочной кишки. Далее выполняли абдоминализацию поджелудочной

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого
15-25	5	1	6 (7,9%)
26-35	19	4	23 (30,3%)
36-45	23	7	30 (39,5%)
46-55	9	3	12 (15,8%)
56-70	2	1	3 (3,9%)
70 и старше	1	1	2 (2,6%)
Всего	59 (77,6%)	17 (22,4%)	76 (100%)

Резюме

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического вмешательства у 76 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике в период с 2000 по 2006 г. Установлено, что при исходном применении метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программируемый режим этапных ревизий и санаций брюшной полости и забрюшинного пространства в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования у больных с различными формами панкреатогенной инфекции, возможно достоверно снизить летальность при неизменном уровне послеоперационных осложнений по сравнению с альтернативными методами хирургического лечения панкреонекроза.

M.M. Vinokurov, V.G. Ammosov, V.V. Saveliev

EFFICACY OF DIFFERENT TYPES OF OPERATIONS FOR INFECTED FORMS OF PANCREONECROSIS

Medical Institute of Yakutsk state university, Yakutsk

Summary

The efficiency of different surgical strategies was comparatively evaluated in 76 patients with infectious forms of pancreatic necrosis treated at a hospital from 2000 to 2006. The introduction of a stepwise method of necrotic sequestrectomies, which included a programmed mode of stepwise revisions and sanitations of the retroperitoneal space and abdomen in combination with "open" drainages in patients with various pancreatogenic infections reliably decreased mortality rate with the same level of post operation complications compared to routine surgical treatments for pancreatic necrosis.

железы, производили некрсеквестрэктомию. Операция завершалась различными вариантами дренирования БП и ЗК.

Опыт применения различных режимов хирургических вмешательств и методов дренирующих операций позволил нам изучить их особенности, преимущества и недостатки. Так, при анализе нашей работы мы установили, что применение трубчатых дренажных конструкций при закрытом дренировании в условиях продолжающейся секвестрации ПЖ и/или ЗК в большинстве случаев обречено на неудачу вследствие постоянной их обтурации детритом. Использование режима этапных и программируемых санаций позволило повысить эффективность дренирования БП и ЗК, что достигалось путем выполнения некрсеквестрэктомии, замены нефункционирующих дренажей или изменением их расположения в зависимости от динамики распространения некротического процесса.

Все оперированные больные с различными клинко-морфологическими формами панкреатогенной инфекции разделены на две группы, в зависимости от тактического режима оперативных вмешательств.

В 1 группе 27 (35,5%) больных оперированы в режиме «по требованию», то есть все последующие оперативные вмешательства выполняли в связи с неэффективностью

Таблица 2

**Характеристика хирургического пособия
при различных режимах оперативного вмешательства (п, %)**

Методы дренирующих операций	Режим оперативной тактики	
	по требованию	по программе
«Открытые»	-	49 (64,6)
«Полуоткрытые»	18 (23,7)	-
«Закрытые»	2 (2,7)	-

комплексного лечения в послеоперационном периоде либо в случае развития внутрибрюшных осложнений. 2 группу составили 49 (64,5%) больных, у которых все операции проводили в программном режиме, включающем этапные ревизии и санации БП и ЗК.

Результаты и обсуждение

Все оперативные вмешательства в зависимости от объема разделены на 2 группы: резекционные (произведены 7 (9,2%) больным) и органосохраняющие (произведены 69 (90,8%) больным).

При анализе структуры клинко-морфологических форм панкреатогенной инфекции отмечено, что тактический режим «по требованию» наиболее часто применяли при ПА. Такая тактика, по-видимому, объясняется традиционными представлениями о показаниях к «закрытому» или «полуоткрытому» дренированию БП и ЗК при ограниченных гнойных процессах. Установлено, что при ИН+ПА чаще возникала необходимость смены оперативного режима «по требованию» на программируемый. При использовании программного режима оперативной тактики основной клинко-морфологической формой является распространенный ИН. Программные санации производились нами в 49 (64,5%) случаях (табл. 2). Причем отказ от запрограммированных повторных вмешательств составил 5 (6,6%) случаев. Отказ был обусловлен двумя причинами: улучшением состояния больного, позволившем отказаться от программного вмешательства, или летальным исходом вследствие осложнения основного заболевания или декомпенсации органов и систем на фоне сопутствующей патологии.

Показаниями к применению метода многократной санации БП и ЗК при ИФП, по нашему мнению, служат: 1) наличие зловонного гнойного экссудата; 2) формирующиеся или уже имеющиеся межкишечные абсцессы; 3) множественные прочно фиксированные к брюшине фибриновые наложения и неудаляемые одномоментно зоны некроза ткани поджелудочной железы и забрюшинного пространства; 4) эвентрация при тотальном нагноении лапаротомной раны; 5) симптомы нарастающего эндотоксикоза или наличие инфекционно-токсического шока; 6) нарастающая полиорганная недостаточность; 7) повторные операции по поводу осложнений течения инфицированного панкреанекроза со стороны органов брюшной полости, а также неуверенность в полном устранении источника перитонита и адекватной санации брюшной полости.

Следует особо отметить тот факт, что основу тактики программных вмешательств составляет «открытый» метод дренирования БП и ЗК, предполага-

Таблица 3

**Характеристика внутрибрюшных послеоперационных
осложнений при различных режимах
оперативной тактики (п, %)**

Осложнения	Режим оперативной тактики	
	1 группа (n=27), по требованию	2 группа (n=49), по программе
Обширное нагноение лапаротомной раны	2 (7,5)	8 (16,3)
Эвентрация	2 (7,5)	4 (8,2)
Аррозивное кровотечение	3 (11,1)	7 (14,3)
Панкреатический свищ	1 (3,7)	2 (4,1)
Желудочно-кишечный свищ	2 (7,5)	4 (8,2)

ющий дренирование всех гнойно-некротических очагов резиново-марлевыми композициями в комбинации с трубчатыми дренажными системами, с сохранением поджелудочной железы и ЗК «открытой». Нам представляется, что в этих условиях возврат к неудовлетворяющей некоторых хирургов «резиново-марлевой тампонаде» является обоснованным, поскольку обеспечивает свободный доступ ко всем некротическим зонам на каждой этапной операции. К сожалению, дренажные трубки не могут выполнить этой функции.

При сравнении общего количества операций в анализируемых группах больных в различных оперативных режимах отмечено некоторое увеличение хирургических вмешательств во 2 группе 49 (64,5%). Среди методов дренирующих операций в группе «по требованию» преобладали «закрытые» (19 — 70,3%) и «полуоткрытые» (8 — 26,7%) варианты дренирования БП и ЗК. Важно отметить, что в этой группе больных в послеоперационном периоде сформированные каналы являлись достаточно узкими и извитыми. Дренажные конструкции функционировали не всегда адекватно вследствие частой обтурации секвестрами и детритом, что явилось причиной неэффективности дренирования. В связи с возникшими осложнениями в данной группе потребовалось достоверное увеличение количества операций, выполненных «по требованию».

Несмотря на преимущества в устранении некротических и септических очагов различной локализации при использовании режима этапных санаций, этот метод имеет существенные недостатки: высокий операционный процент травм и аррозивных кровотечений, образование панкреатических и дигестивных свищей, заживление ран вторичным натяжением и образование вентральных грыж, длительную госпитализацию и множественные наркозы [2, 8]. Анализируя эти недостатки, мы изучили структуру внутрибрюшных осложнений в зависимости от режимов оперативной тактики у больных с ИФП (табл. 3).

Несанированный гнойно-некротический очаг в ЗК и БП, потребовавший повторных хирургических вмешательств при применении тактического режима «по требованию», выявлен у 9 (33,3%) больных в этой группе. В то же время при применении программного режима установлено, что неадекватная санация очага гнойной деструкции имела у 5 (10,2%) пациентов. Использование метода этапных санаций «по программе» привело к повторным, незапланированным операциям

лишь у 3 (6,1%) пациентов в связи с формированием некротической флегмоны малого таза либо недренированного панкреатогенного абсцесса.

Обширное нагноение лапаротомной раны диагностировано при первом режиме у 2 (7,4%) больных. Вместе с тем во 2 группе количество этих осложнений выявлено в 8 (16,3%) наблюдениях. В связи с этим закономерна высокая частота эвентрации у 4 (8,2%) больных при изменении оперативной тактики во 2 группе.

Минимальный уровень эвентрации отмечен в группе больных с «закрытым» методом дренирования БП и ЗК, а наибольший — при «открытом». Использование метода этапных хирургических вмешательств «по требованию» сопровождалось развитием эвентрации лишь у 2 (7,5%) пациентов.

Одной из причин, приводящих нередко к летальному исходу у больных панкреонекрозом в стадии гнойно-некротических осложнений, является аррозивное кровотечение [3, 5]. Вместе с тем при использовании режима программируемых операций аррозивные кровотечения выявлены у 7 (14,2%) больных. Однако применение метода «открытого» дренирования БП и ЗК позволяло в кратчайший срок диагностировать это грозное осложнение, обеспечить адекватный доступ к источнику кровотечения и своевременно его ликвидировать. Ни в одном из наблюдений у больных 3 группы это не явилось причиной смерти.

Многочисленные хирургические манипуляции в ходе этапных санаций сопровождаются травмой окружающих органов и тканей, дифференцировать которые в стадии гранулирующей раны представляется довольно трудной задачей. В свою очередь, излишняя травматичность этих операций является причиной формирования панкреатических и желудочно-кишечных свищей [8]. Только у 2 (4,1%) пациентов в группе программированных вмешательств сформировался панкреатический свищ, что было выявлено достоверно чаще, чем в 1 (3,7%) группе больных. Дигестивные свищи, также как и панкреатические, наиболее часто

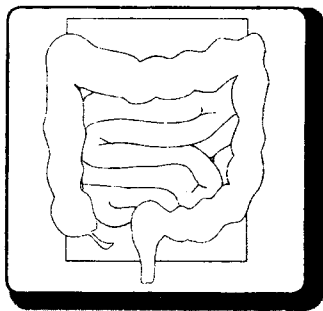
встречались при использовании режима этапных санаций у 4 (8,2%) больных (1 больной — желудочный, 2 — тонкокишечных, 1 — толстокишечный). Минимальная частота данного осложнения установлена в группе больных, оперированных «по требованию». Однако при объединении показателей частоты развития послеоперационных осложнений первого и второго режимов достоверных различий не выявлено.

Таким образом, результаты исследований позволяют прийти к выводу, что применение методов этапных некрсеквестрэктомий, включающих программный режим этапных ревизий и санаций забрюшинного пространства и брюшной полости в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования у больных с инфицированным панкреонекрозом, позволяет установить отчетливую тенденцию к улучшению результатов оперативного лечения при неизменном уровне послеоперационных и системных осложнений.

Л и т е р а т у р а

1. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб., 2000. С. 175-176; 258-269.
2. Мат-лы IX Всерос. съезда хирургов. Волгоград, 2000.
3. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. // Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 240 с.
4. Чадаев А.П., Буткевич А.Ц., Свиридов С.В. и др. // Рос. мед. журн. 2002. №1. С. 21-24.
5. Bredly E.L. // Surg. Gynecol. Obstet. 1993. Vol. 177, №3. P. 215-222.
6. Jonson C.H., Imrie C.W. Pancreatic Diseases. Springer, 1999. P. 1- 253.
7. Kramer K.M. // Pharmacotherapy. 1999. Vol. 19, №5. P. 592-602.
8. Rau B., Ubl W., Buchler M.W. // World J. Surg. 1997. Vol. 21. P. 155-161.
9. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis // Gut. 1998. Vol. 42 (Suppl. 2), P. 1-13.





И.Д. Лиханов, С.Л. Цепелев, В.Л. Цепелев

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

При распространенных формах перитонита возникают выраженные нарушения в состоянии основных защитных систем: иммунитета и неспецифической резистентности, от эффективной коррекции которых во многом зависят результаты лечения [3, 7]. В настоящее время в лечении перитонита широко используются такие иммунокорректирующие пептидные препараты, как Т-активин, тималин, миелопид. Однако указанные препараты представляют собой неразделенную смесь пептидов, что не позволяет проводить их стандартизацию и, соответственно, резко ограничивает возможности их применения [2]. Дальнейшая перспектива повышения эффективности лечения перитонита заключается в совершенствовании пептидных препаратов, в создании их синтетических аналогов и изучении механизмов действия в отношении различных звеньев иммунной системы.

Цель работы — оценить эффективность коррекции иммунологических нарушений у больных с распространенными формами перитонита иммуномодулятором нового поколения — имунофаном.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 63 пациента с распространенными формами перитонита, получавших лечение в отделении гнойной хирургии ОКБ г. Читы. Объем хирургического пособия включал: устранение источника перитонита, санацию и дренирование брюшной полости, декомпрессию желудочно-кишечного тракта. В послеоперационном периоде проводили комплексное лечение с применением антибиотиков, инфузионной терапии, анальгетиков [1].

Первую группу составили 29 больных с распространенным перитонитом, которым дополнительно к комплексному лечению назначали имунофан («Бионекс», Россия) по 50 мкг внутримышечно 1 раз в сут в течение 7-10 сут. Имунофан представляет собой гексапептид структурной формулы: Arg- α -Asp-Lys-Val-Tyr-Arg, созданный путем частичной модификации гормона вилочковой железы — тимопентина (В.В. Лебедев, 1999) [5]. Причинами перитонита явились: перфоративная язва — 14 (62,1%) больных, деструктивный аппендицит — 5 (17,2%), послеоперационный перитонит — 4 (13,8%), закрытая травма живота — 3 (10,3%), панкреонекроз — 3 (10,3%).

Группу клинического сравнения составили 34 пациента с аналогичным по тяжести патологическим процессом, которые получали традиционное комплексное лечение. Причиной перитонита у 15 (44,1%) больных была перфоративная гастродуоденальная язва,

Резюме

Представлены результаты лечения 63 больных с распространенным перитонитом. Показано, что включение имунофана в комплексное лечение больных с перитонитом приводит к увеличению количества лимфоцитов, несущих маркеры CD3, CD4, повышению концентрации IgG и IgA, а также способствует коррекции синдрома системного воспалительного ответа, что выражается в снижении уровня провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-8 и TNF α) в крови.

I.D. Lihanov, S.L. Tsepelev, V.L. Tsepelev

NEW GENERATION OF IMMUNOMODULATORS IN TREATMENT OF PERITONITIS

Chita State Medical Academy, Chita

Summary

Complex treatment of peritonitis supported by Immunofan has proved to increase both CD3, CD4 marked lymphocytes and IgG and IgA levels. It also contributed to systemic inflammatory syndrome correction determined by the blood proinflammatory cytokines level decrease (IL-1 β ; IL-8 and TNF α).

у 6 (17,6%) — деструктивный аппендицит, у 5 (14,9%) — послеоперационный перитонит, у 4 (11,7%) — панкреонекроз, у 4 (11,7%) — травмы живота.

Мононуклеары крови выделяли на градиенте плотности фиколл-верографин ($\rho=1,077$ г/см³), трижды отмывали средой 199 и использовали в концентрации 2,5 млн/мл. Субпопуляции лимфоцитов определяли методом непрямой мембранной иммуофлюоресценции с MkAT («Сорбент», г. Москва). Флюоресценцию регистрировали с помощью люминесцентного микроскопа ЕС «Люам-РПО11» («Ломо»). Концентрацию иммуноглобулинов определяли методом нефелометрии на иммунохимическом анализаторе («Beckman», США). Определение концентрации цитокинов проводили методом твердофазного ИФА с использованием наборов реагентов ТОО «Цитокин» (г. Санкт-Петербург).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы Statgraphics Plus 2.1. Статистическую значимость различий при нормальном распределении оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, в остальных случаях использовали непараметрический критерий Вилкоксона.