

Отдаленные результаты КСЭ и ЭСЭ

Показатель	Группа 1	Группа 2
	n = 49	n = 23
Поздние хирургические осложнения	7 (14,3 %)	0 (0 %)
в т.ч.: послеоперационная грыжа	3	0
лигатурные свищи	3	0
лигатурная гранулема	1	0
Гематологич. результаты:		
ремиссия	39 (79,6 %)	20 (87,0 %)
хороший эффект	1 (2,0 %)	0
удовлетворительный	6 (12,3 %)	2 (8,7 %)
неудовлетворительный	3 (6,1 %)	1 (4,3 %)
Летальность от основного заболевания	3 (6,1 %)	1 (4,3 %)

группах. В то же время в группе 1 достоверно выше были: объем интраоперационной кровопотери, количество интраоперационных осложнений и осложнений раннего послеоперационного периода, летальность. Особенно опасными были послеоперационные кровотечения, два из которых потребовали релапаротомии, а одно привело к летальному исходу. Развившийся панкреатит в одном случае повлек за собой смерть от инфицированного панкреонекроза, сепсиса. В целом гнойно-септические осложнения развились у 7 пациентов группы 1, в группе 2 они не встречались. Жидкостное скопление в ложе селезенки у пациента группы 2 было ликвидировано дренированием под ультрасонографическим контролем.

Изучение отдаленных гематологических результатов КСЭ и ЭСЭ (табл. 3) продемонстриро-

вало высокую клиническую эффективность обоих вариантов спленэктомии. Поздние хирургические осложнения встречались только в группе 1. Все они были обусловлены видом операционного доступа (лапаротомия) и возникали в результате инфекции в области хирургического вмешательства. Используемый в группе 2 лапароскопический вариант операции позволил избежать подобных осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ЭСЭ — высокоэффективная технология, по гематологическим результатам соответствующая КСЭ, но значительно более безопасная. В данной методике заложен значительный потенциал, позволяющий рекомендовать ее к более широкому применению при хирургической коррекции ЗСК.

В.Е. Хитрихеев, Н.Б. Горбачев, Э.З. Гомбожапов, Ж.Б. Очиров, Б.В. Цыбжитов, А.И. Петрунов

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)*

Острый панкреатит в настоящее время является одной из наиболее важных проблем экстренной хирургии. Среди urgentных заболеваний органов брюшной полости панкреатит занимает третье место. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании патогенетически обоснованной интенсивной терапии, антибиотикотерапии и мининвазивных методов хирургического лечения, общая летальность при тяжелом панкреатите на протяжении последних 40 лет сохраняется на одном уровне, составляя от 3,9 до 21 % и достигая при инфицированном панкреонекрозе 85 %, а при «фульминантном» течении заболевания — 100 %.

В задачи хирургического лечения острого панкреатита как правило входит устранение воспали-

тельного очага, особенно гнойного или некротического, обеспечение свободного оттока желчи и панкреатического сока.

Нами проанализированы результаты комплексного лечения больных острым панкреатитом, получавших стационарное лечение в ГК БСМП г. Улан-Удэ за период 1996 — 2004 гг. В 1996 г. находилось на лечении 95 больных (7,5 %), в 1997 г. — 145 (7,5 %), в 1998 г. — 156 (9,0 %), в 1999 г. — 176 (8,5 %), в 2000 г. — 200 (10 %), 2001 г. — 209 (10,7 %), 2002 г. — 272 (13 %), 2003 г. — 255 (12,5 %), 2004 г. — 250 (11 %). Всего находилось на лечении 1 758 больных острым панкреатитом, что составило около 10 % от общего количества поступивших в хирургический стационар.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств

Виды оперативных вмешательств	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Операция/ лет. исход
Лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки	1	2/1*	2	1	2	1	3	6	3	21–9,6 % / 1–14,2 %
Лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	1	2/1 *	2	3	2	2/1*	5	5	4/1*	26–11,9 % / 3–11,5 %
Лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	5/1*	7/2*	8/1*	7/1*	6/1*	7/1*	3	4/1*	5/3*	52–23,8 % / 11–21,1 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому, корпорокаудальная резекция поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости	–	–	2/2*	–	–	–	3/1*	2	1	8–3,6 % / 3–37,8 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, сальниковой сумки, брюшной полости	2	5/1*	6/1*	2/1*	6/1*	2	6/2*	6/1*	5/1*	40–18,5 % / 8–20 %
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду, дренирование сальника сумки, дренирование брюшной полости	1	1	2/1*	2	3	2/1*	2	3	3	19–8,7 % / 2–10,5 %
Лапароскопия, дренирование брюшной полости	4	6	5	7	2	7	8	7	8	52–23,8 %
Всего	14	23	27	22	21	21	30	33	27	218/ 28-12,8 %

Примечание: * – количество летальных исходов, (1) – процентное соотношение летальных исходов от количества оперативных случаев.

Актуальность работы обусловлена высоким процентом указанной патологии в структуре экстренных хирургических заболеваний, высоким процентом летальности — 10–80 % при деструктивных формах и тем, что подавляющее большинство больных острым панкреатитом составляет население трудоспособного возраста. Наблюдается увеличение числа больных молодого и трудоспособного возраста: до 20 лет поступило 57 пациентов (3,4 %), в группе больных 21–40 лет — 752 пациента (42,7 %), в группе 40–60 лет — 706 больных (40,1 %), а свыше 60 лет — 243 пациента (13,8 %), то есть идет «омоложение» острого панкреатита. При этом, по времени до госпитализации больные распределялись следующим образом: в сроки до 12 ч от начала заболевания поступило 377 больных (21,6 %), от 12 до 24 ч — 365 (20,7 %) и свыше 24 ч — 1 016 больных (57,7 %). Отсюда видно, что наблюдается поздняя госпитализация больных, что, несомненно, сказалось на эффективности и результатах лечения.

Всем больным проводилась интенсивная комплексная терапия по разработанной общепринятой методике. Проводимая терапия оказалась эффективной и привела к выздоровлению без оперативного вмешательства у 1 540 (87,6 %) больных. Ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии и дальнейшего ухудшения состояния было оперировано 218 больных, что составило 12,4 %.

Из таблицы видно, что в основном применялись комплексные операции, направленные на разгрузку желчевыводящей и панкреатической системы. Из органоуносящих операций произво-

дились корпорокаудальные резекции поджелудочной железы (8 случаев).

Послеоперационная летальность обусловлена явлениями нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности. У всех этих больных была деструктивная форма панкреатита. Острый деструктивный панкреатит не ограничивается поражением самой поджелудочной железы и, как правило, сопровождается разнообразными полиорганными осложнениями.

ВЫВОДЫ

1. Острый панкреатит в структуре экстренных хирургических больных занимает в среднем 10 %.

2. Отмечается тенденция ежегодного увеличения больных с острым панкреатитом в структуре экстренной хирургической патологии.

3. В лечении больных острым панкреатитом оправдала себя консервативно-выжидательная тактика: в ранней фазе заболевания в основном должна проводиться интенсивная консервативная терапия, направленная на купирование патологического процесса в поджелудочной железе, выведение больного из состояния панкреатогенной токсемии, предотвращение и лечение панкреатогенного шока.

4. Тактика и результаты хирургического лечения зависят от распространенности и глубины поражения некроза, от времени проведения операции и от тяжести сопутствующего заболевания.

5. Летальность при лечении острого панкреатита составила 12,8 %, что соответствует общероссийским показателям.