

После верхнесрединной лапаротомии, санации и ревизии с уточнением стадии и обширности панкреонекроза выполняли абдоминализацию поджелудочной железы путем широкой мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру и рассечения брюшины над верхним и под нижним краями железы, затем бimanуально выделяли ее из забрюшинной клетчатки. Уменьшить травматичность этого этапа помогает обильная (200 – 300 мл) гидравлическая препаровка тканей новокаином перед рассечением брюшины. По мере освоения техники этого этапа операции частота повреждений тонкостенных переполненных вен вокруг железы заметно снижается. Заднюю поверхность головки железы от воротной вены не отделяли, мобилизация ее со стороны 12-перстной кишки всегда была достаточной.

Циркулярную оментопанкреатопексию осуществляли путем проведения сальника через разрез брюшины ниже железы и возвращения левой половины сальника через рассеченную брюшину над телом и хвостом железы, а правую половину сальника – вокруг и поверх 12-перстной кишки и головки железы, такое «окутывающее» положение сальника фиксировали 3 – 5 швами. Между железой и сальником укладывали 2 силиконовые двухпросветные трубки ТММК № 27 или 29. Выделяли и пересекали выше чревного ствола правый (задний) блуждающий нерв, а левый вагус, не имеющий прямого отношения к панкреатической секреции, оставляли интактным.

Желчеотведение выполнили наложением подвешной холецистостомы (24) или холедохостомы (4). Брюшную полость дренировали тремя трубками – в малый таз и к «старому» ложу железы через подпеченочное и левое поддиафрагмальное пространства. После повторного обильного промывания антисептиками брюшную полость ушивали наглухо.

В послеоперационном периоде общепринятую инфузионную, антибак-териальную и антиферментную терапию дополняли продленной перидуральной анестезией на уровне Th 10 – 12 в течение 3 – 4 суток, гемосорбцией или плазмаферезом до 5 – 6 сеансов, антисекреторной терапией сандостатином по 300 мкг/сут или 5-фторурацилом по 500 мг/сут в течение 3 – 5 дней, с последующим переходом на комбинацию фамотидина и гастропепина, современными иммуномодуляторами (лейкинферон, ронлейкин и др.) Наружное желчеотведение с ежедневными промываниями антисептиками пузыря и протоков продолжали до 10 – 16 суток, проточно-промывное дренирование «нового» ложа железы до 8 – 12 дней. Декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта с активной аспирацией содержимого проводили с помощью назогастрального (у 21) и назоинтестинального (у 7) зонда до 4 – 6 суток.

В этой группе умерло 2 больных (7,1 %) от нарастающей полиорганной недостаточности. У остальных проходило сложное, но, все же, благополучное течение послеоперационного периода. Релапаротомия потребовалась лишь одному из них, у него же, единственного, наблюдалось вторичное заживление раны с недолго (8 дней) существовавшим панкреатическим свищом. Средние сроки стационарного лечения составили $27,5 \pm 3,8$ к/дней.

В другой группе из 29 больных с обширными панкреонекрозами в стадии гнойного перитонита и других гнойно-септических осложнений (абсцессы железы, забрюшинные флегмоны и др.) после активной предоперационной подготовки выполняли классический, но, так же, органаоцдающий вариант: лапаротомию, некротомию с частичной абдоминализацией железы, санацию брюшной полости, наружную подвешную холецистостомию (25) или холедохостомию (4), назоинтестинальную интубацию; завершали операцию формированием оментобурсостомы, через которую в последующем проводили повторные, с 1 – 2-дневными интервалами, поднаркозные санации сальниковой сумки с мазевыми и йод-димексидными тампонадами. В этой группе умерло 6 больных (20,7 %) от нарастающей полиорганной недостаточности (3), прогрессирующего перитонита с несформированными кишечными свищами (1) и эрозивного кровотечения (2). Средние сроки стационарного лечения составили $42,5 \pm 5,8$ дней.

Таким образом, органосберегающие комбинированные операции на поджелудочной железе при обширных неинфицированных панкреонекрозах, выполненные в ранние сроки, помогают предотвратить развитие гнойно-септических осложнений, уменьшить необходимость ведения больных методами релапаротомий, оментобурсостомий и лапаростомий, сократить частоту летальных исходов.

С.Ю. Чистохин, Л.В. Белоцкая

К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ И АБСЦЕССОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Дорожная клиническая больница (г. Чита)*

Сохраняют актуальность вопросы о сроках и способах лечения пост-некротических кист и абсцессов поджелудочной железы, формирующихся в позднем и отдаленном периоде как после консервативного, так и оперативного лечения. И если пункционно-катетерное лечение под рентген- или УЗИ-конт-

ролем небольших тонкостенных жидкостных образований не вызывает споров, то выбор метода операции при больших и гигантских кистах и абсцессах железы, по-прежнему, труден, а результаты не всегда утешительны.

В клинике общей хирургии на базе ДКБ ст. Чита-II в 1995 – 2006 гг. 27 пациентам с крупными и гигантскими кистами, заполненными тканевым детритом, секвестрами и (или) гноем, в большинстве случаев верифицированных с помощью УЗИ, КТ или ЯМРТ, выполнялись разные варианты операций.

Широким лапаротомным доступом оперировано 15 из них: при хорошо сформированных толстостенных кистах 9 больным удалось наложить кистогастроанастомозы с благоприятными результатами. У 6 других из-за несформированности больших кист и активного деструктивного процесса от анастомозов пришлось отказаться, выполнены субтотальные кистэктомии с наружным дренированием остатков кисты; у них наблюдались тяжелые осложнения после операции – аррозивные кровотечения (2), перитониты, полиорганные дисфункции, трое из них умерло.

Последние годы при сомнениях в достаточной сформированности кист, а так же при забрюшинной их локализации нами внедрены и использованы у 12 больных санации с секвестрэктомиями через минилапаротомию (7) или минилумботомию (5) с установкой в полости широких двухпросветных силиконовых трубчатых дренажей. Через 6 – 12 дней проточно-промывного дренирования кист выполняли контрастную фистулокистографию, и при отсутствии секвестров переходили на биотампонаду остаточных полостей коллаген-гемостатической губкой в сочетании с йод-димексидом и левомеколем. Повторная секвестрэктомия на третьей неделе лечения потребовалась лишь одному больному, еще у двоих около 2 недель функционировали панкреатические свищи. В комплексное лечение таких пациентов обязательно включали сандостатин (октреотид) по 200 мкг/сут. или, чаще, 5-фторурацил по 250 – 500 мг/сут. в течение 4 – 5 дней; хорошо зарекомендовало себя местное применение контракала при тампонаде полостей и свищей. Фатальных осложнений в этой группе не было. Рецидив кисты развился через год у 1 больного.

Еще 12 пациентов с тонкостенными жидкостными образованиями небольшого и среднего диаметра после консервативно пролеченного острого панкреатита получали пункционно-катетерное лечение под рентген- или УЗИ-контролем в клинике лучевой диагностики на базе ОКБ, лишь у 1 больной наблюдалось прогрессирование деструктивного процесса, потребовалась открытая операция. У остальных отмечены благополучные исходы и в довольно короткие сроки.

Таким образом, пункционно-катетерные технологии под рентген- и УЗИ-контролем и санации крупных кист и абсцессов из минидоступов заметно улучшают результаты лечения отдаленных осложнений панкреонекрозов. Представляется перспективным наложение кистогастроанастомоза при сформированных больших кистах видеоассистированным способом или через минилапаротомию.

С.Ю. Чистохин, В.Я. Гончар, А.Г. Полынцев, Л.В. Белоцкая, О.Г. Артамонов

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ НАГНОЕНИЙ

**ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Дорожная клиническая больница (г. Чита)**

В отделении хирургической инфекции Дорожной клинической больницы за 1991 – 2006 гг. применены малоинвазивные технологии в лечении 110 больных с легочно-плевральными гнойными осложнениями деструктивных пневмоний, открытых и закрытых травм груди.

Из 46 больных с подострыми и хроническими абсцессами легких – у 10 удалось добиться успеха методом повторных (6 – 15 процедур) санационных фибробронхоскопий на фоне общепринятого лечения (антибиотики, дезагреганты, муколитики, иммуномодуляторы, ферменты). Остальным 36 пациентам выполнены торакопультмоцентезы под рентген-контролем с проведением через троакар двухпросветной трубки ТММК № 21 – 24 с последующей аспирационно-проточной санацией полости абсцесса антисептиками, фибринолитиками и ферментами в течение 8 – 20 дней. У 22 из них в указанные сроки наступило истончение стенок абсцесса, полное их спадение и заживление. У 14 больных при положительной клинико-рентгенологической динамике спонтанного заживления бронхиального свища не наступило – им применены бронхоскопическая обтурация поролоном несущего свищ бронха и формирование «биопломбы» путем ежедневного, по 2 – 3 раза, введения в остаточную полость через дренажную трубку смеси из 8 – 10 мл одногруппной плазмы (с 2000 г. вместо плазмы применяли фибриногеновую гемостатическую губку, а с 2002 г. – коллагеновую гемостатическую губку) в смеси с 1 – 2 мл димексида, 3 – 5 мл аминокaproновой кислоты, 3 – 5 мл желе солкосерила или актовегина. В течение 1,5 – 2 недель у всех 14 больных свищи удалось заживить.