

полового члена в связи с расширением терапевтических возможностей рассматривается как «конечный» метод лечения венозной и корпоральной недостаточности полового члена, предполагая клинический подход к лечению эректильной дисфункции по принципу «от простого к сложному».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бавильский В.Ф., Саефов М.Н., Плаксин О.Ф. и др. // Урол. нефрол. – 1996. – №5. – С. 37-41.
2. Байков Б.В., Дмитриев А.Е., Дудкин Б.П. и др. // Тез. докл. 10-го съезда хирургов Белоруссии. – Минск, 1991. – С.172-173.
3. Даренков А.Ф., Храмов И.С., Щеплев П.А. // Материалы 4-го Всесоюз. съезда урологов. – М., 1990. – С. 586-587.
4. Дудкин Б.П., Воронцов В.В., Байков Б.В. и др. // Хирургия. – 1990. – №5. – С. 119-122.
5. Каттенштайн Л. // Виагра: гарантия потенции. – Эксимо-Пресс. – 1998. – С. 102-110.
6. Кротовский Г.С., Трапезов С.В., Учкин И.Г. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1993. – №6. – С. 41-44.
7. Кротовский Г.С., Трапезов С.В., Учкин И.Г. и др. // Груд. и серд.-сосуд. хир. – 1994. – №4. – С. 36-39.
8. Щеплев П.А. // Урол. нефрол. – 1990. – №1. – С. 68-72.
9. Azadzo K.M., Kim N. et al. // J. Urol. – 1992. – V.147. – P. 220-224.
10. Bookstein J.J. // Lue T.F. (ed.) World Book of impotence. London. – 1992. – P. 221-227.
11. Bookstein J.J. // Radiology. – 1987. – V. 164. – P. 175-180.
12. Ledda A. // Ledda A. (ed.). Vascular Andrology: Erectile Dysfunction, Priapism and Varicocele. – Springer. – 1996. – P. 3-5.
13. Wespes E. et al. // Brit. J. Urol. – 1986. – V.58. – P. 429-433.
14. Wespes E., Schulman C.C. // J. Urol. – 1985. – V.133. – P. 796-799.
15. Wespes E. et al. // Eur. Urol. – 1992. – V.21. – P. 115-121.
16. Wespes E. et al. // J. Urol. – 1991. – V.146. – P. 1015-1017.
17. Witherington R. // J. Urol. – 1985. – V.33A. – P. 306-309.
18. Witherington R. // J. Urol. – 1986. – V.141. – P. 320-326.
19. Wotton J.A. // Texas Med. J. – 1902. – V.18. – P. 325-328.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*А.И. Лобаков, А.М. Савов, Ю.Б. Аваш, В.Н. Филижанко,
А.М. Фомин, Е.Г. Шеменова, С. Дебдуллал, Л.Н. Емельянова,
В.А. Денисов*
МОНИКИ

В числе актуальных проблем современной абдоминальной хирургии остается вопрос выбора адекватной тактики лечения острого деструктивного панкреатита. На протяжении последних десятилетий летальность при нем остается на уровне 30-85% [1, 5], что прежде всего связано с неудовлетворительными результатами лечения гнойных осложнений панкреонекроза [3]. Они значительно отягощают клиническое течение заболевания, в 16-70% наблюдений являются одним из ведущих факторов танатогенеза [4], а среди выживших больных у 73% отмечается инвалидизация или стойкая утрата трудоспособности.

II. КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

В настоящее время при выявлении гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза большинство хирургов считает оправданным оперативное вмешательство с целью удаления панкреатических и парапанкреатических некротических масс, адекватной санации и дренирования гнойных полостей и затеков в забрюшинном пространстве [2].

В публикациях последних лет появляются единичные сообщения об использовании пункционных малоинвазивных вмешательств для лечения различных гнойных осложнений панкреатита [6,7]. Считается, что чрескожное дренирование парапанкреатических гнойников в практическом плане не оправдано, в то же время предлагается применять его у больных с четко ограниченными абсцессами сальниковой сумки.

Отделение абдоминальной хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского располагает значительным опытом комплексного хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. В 1995-1998 г.г. в отделении проведено лечение 374 больных с различными формами острого деструктивного панкреатита. У 148 пациентов, не оперированных ранее по поводу панкреонекроза, в качестве основного хирургического компонента лечения были использованы различные пункционные малоинвазивные вмешательства.

Основные клинические формы гнойных осложнений панкреонекроза и эффективность их лечения представлены в таблице.

Клинические формы гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза и их лечение

Клинические формы	МИВ	ОЛ	Эффект МИВ, %	Летальность	
				абс	%
Забрюшинная парапанкреатическая флегмона	12	2	83,3	1	8,3
Ограниченный гнойный оментобурсит	39	7	82,0	2	5,1
Постнекротическая киста поджелудочной железы	97	-	100	-	-
Всего	148	9	93,9	3	2,0

Примечание: МИВ – малоинвазивные вмешательства, ОЛ – традиционное оперативное лечение.

У всех больных, которым выполнены малоинвазивные вмешательства, диагноз того или иного гнойно-некротического осложнения острого панкреатита был верифицирован на основании клинко-лабораторного и инструментального обследования. Основным инструментальным методом диагностики в наших наблюдениях является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое используется для уточнения стадии и формы гнойного поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки непосредственно при проведении пункционных манипуляций, а также для дальнейшего динамического наблюдения за течением патологического процесса.

II. КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

После проведения пункционного вмешательства больным проводились неоднократные чрездренажные фистулографии (ЧДФГ) для уточнения размеров, конфигурации и топографии патологических полостей, выявления связи объемных образований с магистральными протоками поджелудочной железы, а также с просветами полых органов (чаще всего двенадцатиперстная и ободочная кишки).

В анализируемой группе больных нами чаще всего использовалось чрескожное пункционное дренирование патологических объемных полостей сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки. Показаниями для установления дренажа в патологическую полость мы считаем выявление по данным УЗИ патологического объемно-жидкостного коллектора диаметром более 5,0 см с неровными внешними контурами и неоднородным содержимым (рис.1). В отдельных случаях при обнаружении жидкостного образования менее 5,0 см в диаметре с четкими стенками и однородным содержимым допускается выполнение неоднократных пункционных санаций патологического очага без проведения дренажа (рис.2).

Лечебно-диагностическое УЗИ выполнялось на аппарате фирмы "ALOKA" (Япония) SSD-1700 с использованием конвексного 3,5 мГц и линейного 5,0 мГц датчиков, работающих в режиме реального времени. После уточнения диагноза, определения локализации и распространения панкреатогенного гнойно-некротического процесса производился проекционный выбор точки для пункционного дренирования на поверхности кожи, определялись оптимальное направление и глубина введения пунктирующего инструмента. Операция выполнялась под местной анестезией в условиях перевязочного кабинета. Для выполнения пункционного дренирования использовались стилет-троакары различных конструкций с диаметром устанавливаемого дренажа не менее 7-10 мм. В качестве дренажей обычно использовались двухканальные трубки марки ТММК.

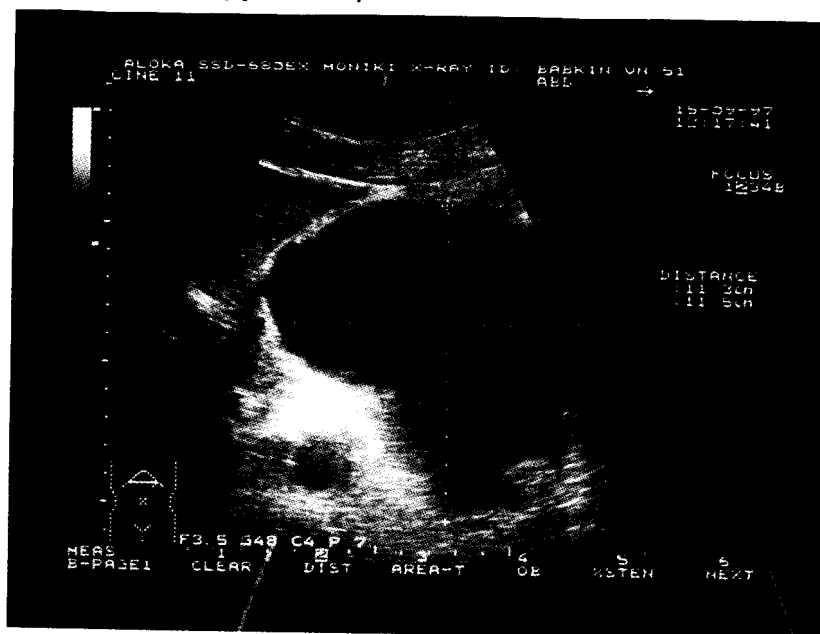


Рис. 1. Ограниченный гнойный оментобурит у больного Б., 1946 года рождения. Выполнено пункционное дренирование патологического очага.

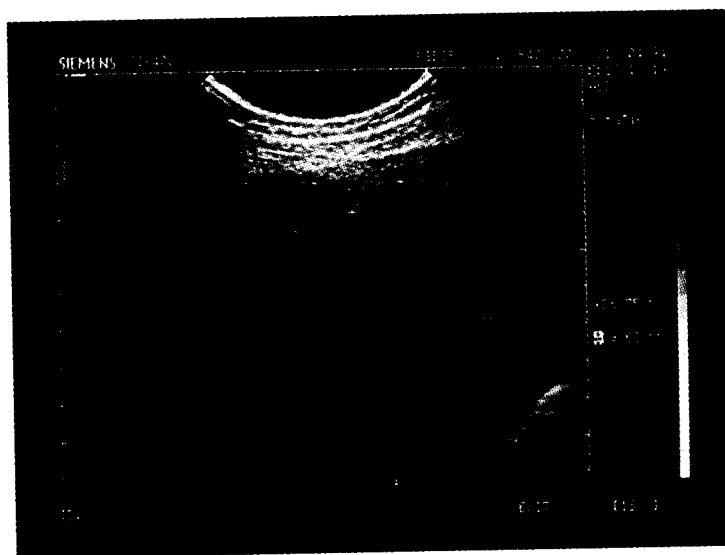


Рис. 2. Постнекротическая киста тела поджелудочной железы у больного И., 1970 года рождения. Выполнено три сеанса пункционной санации патологического очага в сочетании со склеротерапией.

Ультразвуковыми условиями для успешного выполнения пункционного вмешательства мы считаем отсутствие интерпозиции по линии пункции легочной и костной ткани, магистральных сосудисто-нервных образований и полого органа. Мы считаем принципиально возможным выполнение трансгастрального дренирования ограниченных гнойных оментобурситов и постнекротических кист поджелудочной железы. В связи с малой травматичностью и технической простотой манипуляции противопоказания к ее выполнению практически отсутствуют.

Всем больным наблюдаемой группы проводилось стандартное консервативное лечение – инфузионная терапия, сандостатин, цитостатики, ингибиторы протеаз, антибактериальная терапия. По показаниям, при нарастании явлений эндогенной интоксикации и/или полиорганной недостаточности, проводилась экстракорпоральная детоксикация (обменно-фильтрационный плазмаферез, гемофильтрация).

Мы считаем возможным проанализировать эффективность малоинвазивных вмешательств отдельно по каждой клинической форме гнойно-некротических осложнений панкреонекроза.

Забрюшинная парапанкреатическая флегмона. При дренировании обширных гнойных пространств забрюшинной клетчатки мы считаем необходимым множественное дренирование гнойного очага для обеспечения адекватной промывной санации в послеоперационном периоде. Двухпросветные дренажные трубки необходимо устанавливать забрюшинно навстречу друг другу, используя доступы в поясничных областях и в 9-10-м межреберье слева. При необходимости дренирование забрюшинного пространства может быть дополнено дренированием сальниковой сумки доступом в эпигастральной области.

Сразу же после фиксации дренажей и проведения первичной санации гнойного очага начинается фракционно-капельное промывание

патологической полости антисептиками (хлоргексидин, фурацилин с диоксидином, гипохлорит натрия) 2-3 раза в сутки в объеме до 1,0-2,5 л/сут. На 7-10-е сутки послеоперационного периода больным выполняются контрольные УЗИ и ЧДФГ для оценки динамики патологического процесса и эффективности проводимого лечения. По показаниям проводится коррекция положения дренажей в полости гнойника, смена дренажей на более тонкие. Критериями для удаления дренажей являются: стойкая нормализация клинической картины, отсутствие гнояного отделяемого по дренажам, тенденция к уменьшению размеров дренируемой полости по данным УЗИ и ЧДФГ, отсутствие связи полости с магистральными протоками поджелудочной железы и полыми органами. Вопрос об окончательном удалении дренажей решается индивидуально в течение последующих 1-3 месяцев амбулаторного лечения и динамического наблюдения.

Описанная лечебная тактика ведения больных с обширными парапанкреатическими забрюшинными флегмонами оказалась эффективной и привела к клиническому выздоровлению 10 из 12 больных. Из-за неадекватности пункционного дренирования, а также в связи с возникновением эпизода массивного аррозивного кровотечения по дренажу в забрюшинном пространстве двум больным выполнено экстренное оперативное вмешательство: некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование забрюшинного пространства. Эффективность пункционного дренирования забрюшинных флегмон в анализируемой группе составила 83,3%, летальность – 8,3% (один больной).

Ограниченный оментобурсит (абсцесс сальниковой сумки). Для дренирования ограниченных абсцессов сальниковой сумки мы считаем достаточным введение одной дренажной двухпросветной трубки доступом в эпигастральной области, ближе к левой реберной дуге (дренаж проводится интраперитонеально). Мы считаем принципиально возможным проведение чрескожного трансгастрального дренирования полости гнойника в сальниковой сумке при транспозиции желудка по линии предполагаемой пункции. В таких случаях дополнительно устанавливается назогастральный зонд для декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта на срок 3-5 суток. В остальном ведение послеоперационного периода не отличается от такового при дренировании забрюшинных флегмон.

В группе наблюдения лапаротомия и открытое дренирование гнойного оментобурсита выполнены у 7 пациентов в связи с недостаточной адекватностью пункционного дренажа. Умерло двое больных при явлениях нарастания полиорганной панкреатогенной недостаточности. Эффективность малоинвазивных вмешательств составила 82,0%, летальность – 5,1%.

Постнекротическая киста поджелудочной железы. Особый интерес в данной группе больных представляет вопрос о возможности проведения чрескожного трансгастрального пункционного дренирования кист поджелудочной железы, которое было выполнено нами у 18 пациентов. Для декомпрессии желудка больному на 2-4 суток устанавливался назогастральный зонд. Проходящий через стенку желудка дренаж способствует формированию внутреннего свища, вы-

полняющего дренажную функцию после удаления дренажа из гнойно-некротической полости. Через 2-3 недели стационарного лечения больные с функционирующим дренажом выписываются на амбулаторное долечивание.

Вопрос об окончательном удалении дренажа решается в течение последующих 1-2 месяцев амбулаторного лечения после выполнения контрольной фистулографии. При отсутствии связи остаточной полости кисты с магистральным протоком железы дренаж удаляется амбулаторно при удовлетворительном состоянии больного (83 наблюдения). При сообщении кисты с главным панкреатическим протоком перед удалением дренажа необходимо убедиться в адекватности сброса панкреатического содержимого в двенадцатиперстную кишку, для чего в наших наблюдениях 14 больным выполнена ретроградная панкреатикография (РПГ). У 11 пациентов был выявлен адекватный сброс контраста из панкреатического протока в двенадцатиперстную кишку. В таких случаях дренаж из полости кисты удалялся после его "тренировки" в течение 2-3 недель. В трех наблюдениях при РПГ выявлен стеноз терминального отдела главного панкреатического протока (в одном – в сочетании с множественным его кальцинозом), для ликвидации которого была выполнена эндоскопическая вирсунготомия. После восстановления проходимости панкреатического протока и ликвидации явлений реактивного панкреатита дренаж удалялся.

При выявлении по УЗИ постнекротических кист тела и головки поджелудочной железы диаметром менее 5,0 см с однородным внутренним содержимым возможна санация полости кисты путем нескольких повторных пункций без проведения дренажа. Санация кисты пункционно была проведена нами у 28 больных одновременно с ее склерозированием 96% этиловым спиртом.

В группе наблюдения всем больным с постнекротическими кистами поджелудочной железы было проведено пункционное лечение. Переходов к открытым хирургическим методам лечения не было, летальных исходов не отмечено, эффективность пункционных методик при лечении постнекротических кист поджелудочной железы наблюдалось у всех больных. Однако в отдаленном послеоперационном периоде у 34 больных возникли рецидивы кист, что потребовало их редренирования.

В послеоперационном периоде у 14 больных анализируемой группы появились признаки формирования внутреннего кишечного свища, сообщающегося с гнойно-некротической полостью парапанкреатической клетчатки. Диагноз внутреннего кишечнопанкреатического свища подтвержден данными ЧДФГ, при которой выявлена связь гнойной полости с просветом кишки, у 5 больных – двенадцатиперстной, в 9 – с ободочной кишкой. Тактика ведения больных с внутренними кишечнопанкреатическими свищами имеет определенные особенности, на которых мы хотели бы остановиться.

Для создания покоя пораженному отделу кишечника при дуоденальных свищах нами проводилось энтеральное питание через установленный эндоскопически назоюнональный зонд. При толстокишечных свищах больным рекомендовался режим сухоедения. Всем боль-

ным проводилось неполное парентеральное питание с объемом инфузионной терапии до 3,5-4,0 л в сутки.

Под рентгенологическим контролем всем больным проводилась коррекция положения дренажной трубки по отношению к внутреннему отверстию кишки, после чего осуществлялось интенсивное фракционно-капельное промывание полости внутреннего кишечного свища антисептическими растворами. В последующем после нормализации клинического состояния пациентов начиналось промывание гнойной полости способом "противотока" небольшими объемами растворов дробно – 3-4 раза в сутки. Срок функционирования промывных систем – 15-38 суток (в среднем – 26 суток). Дренажи удаляются при стойкой нормализации температуры тела и закрытии кишечного свища, по данным контрольной фистулографии. Описанная тактика привела к ликвидации дуоденальных свищей у 4 больных, толстокишечных – у 6 пациентов.

В связи с неадекватностью консервативных мероприятий 4 больным были выполнены паллиативные операции. Пациенту с дуоденальным свищем произведено отключение двенадцатиперстной кишки с формированием гастроэнтероанастомоза. Для отключения ободочной кишки в 3 наблюдениях сформирована илеостома. В послеоперационном периоде продолжалось промывание полости кишечного свища до полной ее санации.

В условиях распространенного гнойно-некротического процесса мы считаем неоправданным выполнение радикальных вмешательств по закрытию кишечных свищей в связи с высоким риском развития послеоперационных осложнений.

Анализируя результаты малоинвазивного пункционного лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза, необходимо отметить, что суммарная клиническая эффективность предложенных лечебных методик составляет 93,9%, летальность – 2,0%.

Накопленный опыт свидетельствует, что разработка малоинвазивных пункционных методов лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза является практической необходимостью, открывает новые возможности в лечении этого тяжелого хирургического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанов Ю.П. // Хирургия. – 1997. – № 8. – С.20-25.
2. Кубышкин В.А. // Хирургия. – 1996. – №1. – С.29-33.
3. Лищенко А.Н., Лаптев В.В. // Хирургия. – 1995. – № 1. – С. 62-65.
4. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Лаптев В.В., Михайлуков С.В. // Хирургия. – 1994. – №1. – С.3-6.
5. Савельев В.С., Кубышкин В.А. // Хирургия. – 1993. – №6. – С.22-28.
6. Шкроб О.С., Лотов А.Н., Авакян В.Н., Мусаев Г.Х., Опаленова В.А. // Хирургия. – 1995. – №5. – С. 21-26.
7. Adams D.V., Anderson M.C. // Ann.Surg. – 1992. – V. 215, №6. – P.571-578.