

Таким образом, раннее применение малоинвазивных вмешательств для декомпрессии желчных протоков в сочетании с интенсивной инфузионной терапией и сорбционными методами является эффективным лечебным комплексом. Он позволяет купировать явления гнойного холангита и может быть рекомендован к применению при неоперабельных опухолях ВЖП и их рубцовых стриктурах, а также в качестве первого этапа при подготовке больного к радикальной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбер А.Л. // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 7-12
2. Буров В.П. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 1988.
3. Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и др. Операции на печени / Руководство для хирургов. – М., 2003.
4. Гаврилин А.В. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 332-333.
5. Долгушин Б.И., Макаров Е.С., Нечушкин М.И. // Новые технологии в хирургической гепатологии. – СПб., 1995. – С. 228-229.
6. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула, 2000. – 312 с.
7. Капранов С.А. // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 91.
8. Нестеренко Ю.А. // Хирургия. – 1987. – № 7. – С. 43-47.
9. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей / Пер.с англ. – М., 2002. – 864 с.

КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В СТАДИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*А.И. Лобаков, А.М. Савов, В.И. Шумский, Е.Г. Шеменова,
Р.В. Кошелев, Ю.Ю. Сапичева, В.А. Денисов, Л.Б. Денисова,
Л.Н. Емельянова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Острый деструктивный панкреатит – одно из самых тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Летальность при гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза достигает 45–65%. Современные аспекты диагностики и комплексного лечения панкреонекроза представляют значительный интерес для хирургов. Неоднозначный и порой противоречивый подход в выборе диагностической, лечебной и хирургической тактики обусловлен рядом объективных причин, поэтому выбор рациональных принципов лечения острого панкреатита с учетом особенностей его клинического течения может способствовать значительному снижению летальности и улучшению результатов лечения.

Сотрудники отделения абдоминальной хирургии МОНИКИ с 1995 г. занимаются вопросами комплексного хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-септических осложнений. В настоящем сообщении излагаются основные концепции хирургического лечения больных с различными гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза, принятые в отделении абдоминальной хирургии.

В течение 10 лет в отделении находились на стационарном лечении 134 больных с тяжелыми гнойно-некротическими осложнениями острого деструктивного панкреатита. Практически все они были переведены из лечебно-профилактических учреждений Московской области, где им проводилась консервативная терапия и выполнялись хирургические вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита. До госпитализации в МОНИКИ длительность заболевания составляла в среднем 3–4 недели. У всех больных при поступлении в клинику отмечались выраженные явления эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности, у 78 больных определялись воспалительные инфильтраты в брюшной полости и поясничных областях.

При поступлении всем больным проводилась комплексная первичная диагностика локализации, распространенности патологического процесса и тяжести заболевания, выполнялись стандартные клинические и биохимические анализы, исследовался уровень эндогенной интоксикации (уровень средних молекул, прокальцитонина). Выполнялись ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов брюшной полости и забрюшинного пространства, по показаниям назначалась ядерно-магнитно-резонансная томография.

В ранних стадиях острого деструктивного панкреатита (17 больных) мы считаем целесообразным проводить активную консервативную терапию в условиях реанимационного отделения. Она должна быть направлена на:

- подавление секреторной активности паренхимы поджелудочной железы (сандостатин, фторурацил);
- коррекцию развивающихся нарушений водно-электролитного и метаболического обмена;
- профилактику развития гнойных осложнений (антибиотики широкого спектра действия);
- детоксикацию организма (использование широкого арсенала методов экстракорпоральной детоксикации и гемокоррекции: плазмаферез, гемофильтрация, гемосорбция).

В стадии ферментной токсемии хирургическое лечение, на наш взгляд, нецелесообразно. При развитии у больных клинической картины прогрессирующего ферментативного панкреатогенного

перитонита (12 больных) нами выполняется лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

Показаниями к хирургическому лечению гнойно-некротических осложнений панкреонекроза мы считаем неэффективность комплексной консервативной терапии в течение 2–3 недель, нарастание явлений эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности, наличие (по данным УЗИ, РКТ) признаков воспалительно-некротической инфильтрации парапанкреатической и забрюшинной клетчатки с явлениями абсцедирования. Лабораторными признаками нарастающей интоксикации и наличия недренированных некротических очагов в парапанкреатической клетчатке, на наш взгляд, могут служить следующие показатели: увеличение уровня средних молекул более 450 у.е.; уровень прокальцитонина плазмы крови более 3,1 нг/мл при одновременном снижении кальция крови менее 1,8 ммоль/л. Мы стремимся выполнить оперативное вмешательство в максимально отсроченном периоде, при наличии сформировавшихся гнойно-некротических секвестров парапанкреатической клетчатки, что значительно снижает риск развития интраоперационных осложнений.

Главной задачей операции при гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза является адекватная некрсеквестрэктомия из зоны поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, тщательная санация и дренирование патологических коллекторов. Во всех наших наблюдениях больным первично выполнялась верхнесрединная лапаротомия, сальниковая сумка дренировалась двумя дренажами типа ТММК, установленными вдоль поджелудочной железы навстречу друг другу, забрюшинное пространство дренировалось дополнительно из минидоступов в поясничных областях. Мы не являемся сторонниками тампонирования забрюшинной клетчатки, и применение тампонов считаем оправданным только в случае развития массивного кровотечения – с целью обеспечения интраоперационного гемостаза.

При выявлении ограниченных жидкостных патологических коллекторов в сальниковой сумке (гнойно-некротический оментобурсит) и в забрюшинной клетчатке мы считаем возможным в отдельных случаях (25 пациентов) выполнение чрескожного пункционного дренирования патологического очага под контролем УЗИ. Методика пункционного дренирования локальных гнойно-некротических очагов панкреонекроза оказалась эффективной: у 21 больного (84%) удалось добиться полного клинического выздоровления, у 4 пациентов было выполнено традиционное оперативное вмешательство.

В послеоперационном периоде всем больным проводили активную инфузионную, антибактериальную терапию (не менее 2–3 антибактериальных препаратов широкого спектра действия, на-

значаемых в соответствии с результатами микробиологических исследований экссудата из патологических полостей), антисекреторное лечение (сандостатин, фторурацил, квамател, лосек), выполняли симптоматическую коррекцию полиорганной недостаточности, по показаниям проводили экстракорпоральную детоксикацию (плазмаферез, гемофильтрация, гемосорбция). Всем больным выполняли фракционно-капельное промывание дренажей в парапанкреатической клетчатке.

Адекватность проводимой терапии контролировали по данным динамических чрездренажных фистулографий (ЧДФГ) в условиях рентгенологического кабинета под контролем электронно-оптического преобразователя, УЗИ и РКТ. По показаниям выполняли коррекцию положения дренажей в зоне патологических коллекторов под визуальным рентгенологическим контролем.

Повторные операции при продолженном панкреонекрозе были проведены у 52 больных (56,5%) в режиме «коррекции возникающих осложнений». Показаниями к повторным операциям при панкреонекрозе служат клиническая неэффективность консервативной терапии в течение 7–10 суток; появление патологического экссудата по дренажам (желчь, кишечное содержимое, активное кровотечение); нарастание явлений эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности на фоне адекватных мероприятий по экстракорпоральной детоксикации; наличие недренированных патологических коллекторов в забрюшинной клетчатке (по данным УЗИ, РКТ, ЧДФГ). Повторные операции выполняются из различных операционных доступов, проекционно наиболее близких к локализации патологического очага.

Одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода у больных с гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза является развитие наружных кишечных свищей различной локализации на фоне некроза стенки кишки в зоне локализации основного патологического процесса. Такие осложнения в клинике абдоминальной хирургии МОНИКИ отмечены у 48 пациентов: диагноз наружно-внутреннего кишечно-панкреатического свища верифицирован на основании клинического течения заболевания, данных ЧДФГ и РКТ брюшной полости.

В отделении принята активно-консервативная тактика ведения больных с описанными осложнениями деструктивного панкреатита, в основе которой лежат:

- создание функционального покоя пораженному отделу кишечника;
- адекватное промывание гнойной полости;
- выполнение паллиативных операций при неэффективности консервативной терапии (илеостомия, отключение двенадцатиперстной кишки с формированием гастроэнтероанастомоза).

Разработанная схема лечения является малотравматичной, дает небольшое количество осложнений и может быть рекомендована в комплексе мероприятий послеоперационного ведения больных с гнойно-некротическими осложнениями острого деструктивного панкреатита.

В результате выполнения описанных лечебных хирургических мероприятий у больных с острым деструктивным панкреатитом, преимущественно в стадии гнойно-некротических осложнений, нам удалось добиться выздоровления 114 пациентов. Все больные были выписаны с функционирующими дренажами на долечивание в хирургические стационары по месту жительства. Летальные исходы в рассматриваемой группе больных отмечены у 20 больных с распространенными панкреатогенными флегмонами забрюшинного пространства (20,6%), что, по данным литературы, значительно ниже среднестатистических данных. Это свидетельствует о высокой эффективности и целесообразности принятых в клинике абдоминальной хирургии МОНИКИ хирургических концепций лечения больных с острым деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-некротических осложнений.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

*В.С. Мазурин, М.И. Прищепо, М.А. Нетяга, П.В. Астахов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

В последнее 10-летие частота осложненных форм нагноительных заболеваний легких возросла, несмотря на активное внедрение новых методов консервативной терапии и миниинвазивной хирургии. Острое воспаление легких переходит в хроническое у 11–40% заболевших, приводит к длительной утрате трудоспособности – у 30–40%, к инвалидности – у 7,1–9,7%.

Вопросы классификации и определения степени тяжести острых и хронических неспецифических гнойных заболеваний легких и плевры продолжают дискутироваться. Существует много классификаций внутриплевральных хирургических осложнений, предложенных Г.И. Лукомским [7], В.К. Гостищевым [4], Н.В. Белобородовым [1], Ф.Г. Угловым [9], А.А. Вишневым [3]. Однако ни одна из них в полной мере не удовлетворяет клиницистов.

Все острые деструкции легкого рассматриваются в настоящее время как синдром системной воспалительной реакции, а в наиболее тяжелых случаях – как септическое состояние. До сих пор не определена универсальная тактика лечения этих больных, не существует выработанной профилактики хирургических осложнений, которые являлись бы стандартом лечения данной патологии, при-