Из 322 больных 293 (91 %) оперированы открытым способом по поводу различных видов инфицированного панкреонекроза и 29 (0,9 %) — по поводу стерильного панкреонекроза и органной недостаточности. У 102 (31,6 %) больных в послеоперационном периоде возникло 197 осложнений, умерли 35 больных (34 %). Выделено 3 группы осложнений: интраоперационные (12) ранние (94) и отсроченные (91). Интраоперационные — травма селезенки (7), кровотечение из кисты (3), кровотечение из селезеночной артерии (1) и из вены (1). Ранние — аррозивное кровотечение (29), панкреатические фистулы (18), толстокишечный свищ (12), тонкокишечный свищ (3), желудочный свищ (7), дуоденальный свищ (5), цистодуоденальный свищ (2), флегмона желудка (2), абсцессы (9), ранняя спаечная непроходимость (2), тромботические осложнения (3), острый холецистит (1), гнойный плеврит (1). Отсроченные осложнения и последствия острого панкреатита в данной работе не рассматриваются. Наиболее информативными методами для распознавания периоперационных осложнений были МРПХГ, КТ, рентгенологический метод и УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Главными причинами возникновения периоперационных осложнений являются деструкция стенки главного панкреатического протока, узурация сосудов и вовлечение в гнойный процесс стенки полого органа. Способствует развитию осложнений длительность течения неразрешенного гнойного очага и выявлена прямая зависимость срока заболевания, распространенности нагноения и частотой развития осложнений. В связи с этим признать ряд осложнений как осложнения операции можно лишь условно, поскольку предпосылки к их развитию заложены течением заболевания. Важнейшее значение в профилактике осложнений придаем широкому двухподреберному доступу, надежной дифференцировке тканей во время операции, предпочтительному применению органосохраняющих операций, ненасильственному удалению секвестров, отказу от некрэктомии острым путем, санационным перевязкам каждые 48–72 часа, использованию назоинтестинальной интубации для декомпрессии, лаважа, деконтаминации кишечника, устранения внутрибрюшной гипертензии, энтерального питания.

Выбор метода лечения осложнений «открытых» операций находится в широком диапазоне — от консервативного до резекционного в условиях гнойного процесса — и зависит от состояния больного, местных изменений поджелудочной железы и забрюшинного пространства, опыта хирурга, оснащенности операционной, медикаментозной поддержки и возможностей реанимационной службы.

ВЫВОДЫ

Осложнения «открытых» операций при тяжелом панкреатите возникают в 31,6 % случаев, летальность достигает 34 %.

Развитие осложнений подобных операций возможно на любом этапе лечения.

Выбор метода лечения осложнений «открытых» операций при тяжелом панкреатите может быть консервативным или резекционным и зависит от местных изменений в зоне операции, наличия органной недостаточности у больного и организационных факторов.

В.А. Козлов, А.Г. Макарович

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ
(Екатеринбург)*

При оперативном лечении распространенного панкреонекроза наибольшее распространение получили рекомендации IAP (2002), подразумевающие выполнение вмешательств только при развитии инфекционных осложнений на третьей неделе заболевания. К сожалению, значительная часть пациентов не доживает до этих сроков, а традиционные лапаротомные операции, выполняемые в ранние сроки, малоэффективны.

Цель исследования: показать, что разработанная в нашей клинике технология может быть с успехом применена в первые 6–12 часов с момента госпитализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 412 пациентов с распространенным панкреонекрозом. Наша клиника придерживается активной хирургической тактики при распространенном панкреонекрозе, независимо от факта инфицирования. При неэффективности

медикаментозной терапии распространенного панкреонекроза до 6–12 часов выполняем лапароскопию. Наличие панкреатогенного перитонита является показанием к лапароскопической санации. Для окончательной оценки распространенности процесса используется открытая бурсооментоскопия из мини-лапаротомного доступа (Козлов И.В., 1988). При распространении процесса на забрюшинную клетчатку через имеющийся мини-доступ производится абдоминализация поджелудочной железы (Козлов В.А., 1977). Завершающим элементом малоинвазивной технологии являются программированные санации через сформированную бурсооментостому.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При распространенном панкреонекрозе показанием к хирургическому вмешательству считаем неэффективность медикаментозной терапии до 6–12 часов. Из 412 пациентов распространенным панкреонекрозом лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 332, открытая бурсооментоскопия была выполнена у 289, абдоминализация поджелудочной железы – у 209 больных. Общая летальность составила 23,1 %. При выполнении вмешательств до 6–12 часов с момента госпитализации летальность составила 19,6 %. Увеличение сроков наблюдения сопровождалось возрастанием цифр послеоперационной летальности до 34,2 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В клинике разработана и применяется оригинальная технология лечения распространенного панкреонекроза, включающая лапароскопическую санацию брюшной полости, открытую бурсооментоскопию с абдоминализацией поджелудочной железы и этапными программированными некрсеквестрэктомиями. Принципиальными особенностями методики является приоритет малой инвазивности вмешательств, а также раннее выполнение абдоминализации железы при неэффективности стартовой медикаментозной терапии до 6–12 часов.

К.Г. Пахомов

КЛИНИКО-АНТРОПОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ БИЛЛИОГЕННОГО ПАНКРЕАТИТА

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)*

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на современные тенденции развития медицины, в настоящее время важными проблемами в хирургии остаются диагностика и лечение острых панкреатитов и особенно его деструктивных форм, летальность при которых достигает 70 %. Комплексные методы лечения и операции не приносят хороших результатов, и летальность при панкреонекрозах не снижается. Сложность обусловлена полиморфностью изменений различных органов и систем, анатомическими особенностями поджелудочной железы, опасными органическими и неорганическими осложнениями.

Патология поджелудочной железы редко носит первичный характер, и, как правило, особое место занимает патология печени, желчного пузыря и желчных протоков. Следовательно, необходимо провести исследование морфофункционального своеобразия гепатопанкреатодуоденальной области, в основе этих исследований положено учение о соматотипе.

Цель исследования: разработать топографо-анатомические критерии, являющиеся определяющими в причинах возникновения билиарного панкреатита на основе соматотипа организма человека. На разработанных алгоритмах улучшить диагностику, прогнозирование течения билиогенного панкреатита и оптимизировать методы лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования: антропометрические, секционные, морфометрические, патогистологические. Трупы различного типа телосложения – по 30 в каждой группе. Клинический материал – 120 больных с острым билиарным панкреатитом. Основная и сравнительная группы – это пациенты с различным типом телосложения – по 40 больных в каждой. Исследования – антропометрические, лабораторные, ультразвуковые.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Как показали антропометрические, секционные и морфометрические исследования внепеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, между соматотипом и характером расположения органов имеется определенная зависимость, особенно длина и угол, под которым происходит соединение протоков