

Таблица 3

Характер выполненных оперативных вмешательств

Вид оперативного вмешательства	Активно-выжидательная тактика	Активная дифференцированная тактика
Резекция желудка по Бильрот-1	7	32
Резекция желудка по Бильрот-2	28 (4)	4 (1)
Резекция желудка по Ру	—	10
Стволовая ваготомия, пилоропластика	8	4
Гастро(дуодено)томия, прошивание язвы, перевязка сосудов	12 (3)	7 (2)
Всего	55 (7)	57 (3)

Примечание: в скобках указано число умерших больных.

Для активной дифференцированной тактики имеют значение и особенности клинического течения заболевания. В случаях, когда у пациентов имело место агрессивное течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (частые обострения, наличие в анамнезе факта перфорации язвы, либо язвенного кровотечения), сразу же ставился вопрос об оперативном лечении. Пациентам с более доброкачественным протеканием язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (редкие обострения, отсутствие в анамнезе данных о развитии острых осложнений) назначался курс консервативной противоязвенной терапии; через 2 недели после его начала выполнялось контрольное обследование.

Если во время контрольного обследования не отмечалось положительной динамики (сохранялись большие размер и глубина язвенного дефекта, сохранялась пенетрация, не уменьшалась зона перифокального воспаления), то это свидетельствовало о неэффективности консервативного лечения, а потому ставился вопрос о хирургическом вмешательстве. В случае выраженной пенетрации, перифокального воспаления предпочтение в нашей кли-

нике отдавалось резекции желудка по Ру, в остальных случаях — резекции желудка по Бильрот-1.

Резекционные способы оперативного лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений позволяют осуществить радикальный гемостаз, воздействовать на патогенез язвообразования, однако при продолжающемся кровотечении на фоне кровопотери тяжелой степени бывает необходимо выполнение и паллиативных операций (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при хирургическом лечении больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями следует придерживаться активной дифференцированной тактики. При наличии сомнений в эффективности консервативных мероприятий пациентам с кровотечениями язвенной этиологии следует более активно предлагать оперативные методы лечения, особенно больным с длительным язвенным анамнезом, наличием в прошлом желудочно-кишечных кровотечений.

Такой тактический подход позволил в нашей клинике снизить послеоперационную летальность с 12,7 до 5,3 %.

В.В. Бедин, В.А. Пельц, К.А. Краснов, И.П. Шин, В.В. Архангельский

ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Городская клиническая больница № 3 (Кемерово)
Кузбасский областной гепатологический центр (Кемерово)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить непосредственные результаты лечения панкреонекроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2000 — 2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре проведено лечение 195 больных панкреонекрозом, из них алкогольный генез панкреонекроза был отмечен у 131

(67,2 %) пациента, билиарный генез панкреонекроза — у 64 (32,8 %), среди больных мужчин было 122 (62,6 %) человека, женщин — 73 (37,4 %), средний возраст составил $44,9 \pm 0,2$ года. В лечении больных с панкреонекрозом использован дифференцированный тактический подход. Всем поступившим проведено комплексное обследование, включающее лабораторные, инструментальные, лучевые методы

диагностики; компьютерная томография выполнялась по показаниям для выявления осложнений панкреонекроза. Пациенты с панкреонекрозом госпитализировались в отделение интенсивной терапии, где проводился комплекс лечебных мероприятий, направленный на купирование эндотоксикоза, полиорганной недостаточности, профилактики и предотвращение перехода стерильного панкреонекроза в инфицированную форму. Для купирования эндотоксикоза у ряда больных применены методы экстракорпоральной детоксикации и эфферентные методы, такие как плазмоферез, УФО крови, инкубация клеточной массы с антибиотиками. Всем больным с клиникой панкреонекроза проводилась комплексная антибактериальная терапия, направленная на профилактику развития гнойных осложнений, перехода процесса в инфицированную форму. Препаратами выбора считаем антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины III – IV поколений, фторхинолоны, защищенные пенициллины, карбопенемы, нитроимидазолы. Всем пациентам со стерильными формами панкреонекроза массивную антибактериальную терапию сочетали с деконтаминацией кишечника, что также позволяет профилировать развитие инфицированного панкреонекроза. С целью определения эффективности проводимого лечения, динамики общего состояния пациентов применена интегральная шкала оценки тяжести состояния пациентов (АРАСНЕ III). В лечении пациентов с неинфицированным панкреонекрозом использованы минимальноинвазивные способы лечения. При наличии неинфицированных острых скоплений жидкости использован пункционно-дренирующий способ лечения под контролем УЗИ – 79 (40,5 %) случаев. При механической желтухе у пациентов с билиарным панкреатитом, панкреонекрозом применены следующие способы декомпрессии: холецистостомия – у 15 (7,7 %) больных, ЭРХПГ и ЭПТ выполнены у 24 (12,3 %) больных. С целью дифференциальной диагностики, санации брюшной полости при ферментативном перитоните в 34 случаев (17,4 %) выполнена видеолапароскопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. В течение 2000 – 2004 гг. в Кузбасском областном гепатологическом центре находилось 87 (44,6 %) больных с инфицированным панкреонекрозом. Клиника, данные динамической интегральной оценки состояния больного, признаки деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, подтвержденные данными лучевых методов (УЗИ, КТГ), позволяют заподозрить, а бактериологическое (посев на элективные среды, бактериоскопия)

исследование экссудата, полученного при пункции под контролем ультразвука, – подтвердить переход процесса в инфицированную форму. При мелкоочаговом инфицированном панкреонекрозе широко применяются минимальноинвазивные вмешательства под контролем ультразвука. У 69 (35,4 %) больных с инфицированными острыми скоплениями жидкости применен пункционно-дренирующий способ под УЗИ контролем, эффект достигнут в 20 случаях (29 %). Операцией выбора при инфицированном панкреонекрозе является программированная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки (применена у 65 больных). В центре выполняется три вида дренирующих операций: «закрытый», «полуоткрытый», «открытый». Выбор вида дренирования строго индивидуален и зависит от характера и распространенности гнойно-деструктивных изменений в области поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки. «Закрытый» вид применен у 14 больных с мелкоочаговым инфицированным панкреонекрозом, инфицированными постнекротическими кистами. Используется исключительно при условии адекватной секвестрэктомии и отсутствии условий для прогрессирования процесса секвестрации. «Полуоткрытый» вид дренирования использован у 10 пациентов при наличии инфицированного мелко- и среднеочагового панкреонекроза, при условии адекватной секвестрэктомии. «Открытый» вид – оментобурсостомия и люмботомия – применен при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной у 41 больного. При наличии гнойного перитонита в сочетании с инфицированным панкреонекрозом, некрозе мезоколон у 4 пациентов применены программные лапаротомии. У 22 больных 11,2 % после применения лапаротомного способа лечения отмечены специфические послеоперационные осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Применение комплексного консервативного лечения в сочетании с минимальноинвазивными вмешательствами позволило в 108 (55,4 %) случаях избежать развития инфицированного панкреонекроза. Общая летальность составила 16,9 %, послеоперационная летальность – 18,9 %

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение дифференцированной тактики в лечении больных панкреонекрозом позволило достигнуть снижения показателей общей и послеоперационной летальности.