

Всем пациентам выполнена пункция плевральной полости с последующим ее дренированием и вакуум-аспирацией содержимого.

Традиционное лечение эмпиемы плевры проводилось с использованием антибактериальных препаратов (чаще цефалоспоринов III или IV поколений) по стандартным схемам. Помимо антибактериальной терапии осуществлялась дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, бронхолитическая, антиоксидантная и другая патогенетическая и симптоматическая терапия, а так же лечение сопутствующей патологии.

Пациентам наряду с общепринятыми методиками лечения проводилась гастроинтестинальная сорбция сорбентом «Энтеросгель». Методика проведения сорбционной терапии заключалась в назначении пациентам сорбента «Энтеросгель» в дозировке по 15 г 3 раза в день за 1 – 1,5 часа до еды и приема медикаментов в течение 7 дней. Препарат запивали водой.

Одним из достоверных критериев оценки тяжести общего состояния, отражающих степень и длительность воспалительного процесса, является нормализация температуры тела. К концу первой недели с момента поступления в стационар достигнута нормализация температуры у 12 больных. К концу второй недели температура тела была нормальной у 19 больных. К моменту выписки отмечена нормализация температуры тела у всех пациентов.

К 7 суткам проводимого лечения наблюдалась нормализация параклинических показателей в среднем у 63,19 % пациентов. Включение в схему лечения больных эмпиемой плевры энтеросорбента к 14 дню с момента начала лечения способствовало снижению уровня лейкоцитов в среднем на 49,88 %, СОЭ на 64 %, а также повышению относительного числа лимфоцитов на 32,18 %. При этом статистически значимым явилось снижение лейкоцитоза как на 7, так и на 14 день от начала лечения.

К концу первой недели лечения показатели концентрации мочевины, билирубина и уровень трансаминаз нормализовались практически у всех пациентов. Отмечено снижение концентрации фибриногена в плазме крови у пациентов данной группы. Статистически значимые изменения произошли со стороны показателей общего белка, мочевины, АсТ и фибриногена. К 14 дню от начала лечения отмечено снижение концентрации мочевины на 53,37 %, общего билирубина на 7,97 %, АсТ на 35,9 %, АлТ на 50,3 %, фибриногена 41,44 % и повышение уровня общего белка на 14,18 % по сравнению с исходными показателями. При этом статистически значимые изменения произошли со стороны общего белка, мочевины, АсТ и АлТ. Снижение концентрации фибриногена достаточно выражено, хотя статистически не достоверно.

В целом в ходе проводимого лечения полностью купировать воспалительный процесс в плевральной полости удалось у 9 пациентов. У этих пациентов удалены дренажи из плевральной полости, т.к. при рентгенографии органов грудной клетки отсутствовала остаточная плевральная полость, а какое-либо отделяемое по дренажам из плевральной полости отсутствовало.

Учитывая полученные результаты можно сделать следующие выводы: использование метода сорбционной терапии позволяет ускорить снижение лабораторных проявлений эндотоксикоза, нормализацию общего состояния пациентов. При применении сорбционной терапии у 9 пациентов удалось полностью купировать гнойный процесс в плевральной полости.

С.Ю. Чистохин

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОБШИРНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗАХ

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

В 90-е годы в отечественной и зарубежной хирургии существенно пересмотрены взгляды на патогенез, принципы диагностики и методы лечения больных острым панкреатитом. Остаются спорными и трудными вопросы о сроках и вариантах операций при деструктивных и осложненных формах заболевания. В последнее десятилетие в клинике общей хирургии (ДКБ ст. Чита-II) из 1 240 пациентов с острым панкреатитом у 57 (4,6 %) выполнен один из двух способов открытого оперативного лечения.

В группе из 28 больных с заметной продолжительностью (3 – 6 суток) и тяжестью заболевания, после протившоковой и детоксикационной терапии в течение 6 – 12 часов с момента поступления, при диагностической лапароскопии обнаруживали признаки обширного, но неинфицированного панкреонекроза с фибринозным или геморрагическим перитонитом. Таким пациентам выполнена наша модификация органосберегающей операции — новая комбинация известных оперативных приемов: абдоминализация и денервация поджелудочной железы с циркулярной оментопанкреатопексией, наружным желчеотведением, проточно-промывным дренированием «нового» ложа железы, санацией и широким дренированием брюшной полости и «старого» ложа железы.

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 бимануально 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, антибактериальную 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, органосохраняющий 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-