

шая летальность (57 %) констатирована в группе наиболее тяжелых пациентов, в которой не были решены ни онкологическая, ни экстренная ситуации. В группе, в которой успешное преодоление экстренной хирургической ситуации сочеталось с нерадикальным разрешением онкологической ситуации, летальность составила 44 %, а в группе пациентов, где были выполнены одномоментные радикальные операции в пределах должного онкологического объема, летальность составила 3 %.

В.И. Миронов, А.П. Фролов, Е.В. Золотарева

РЕЛАПАРОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Релапаротомия до сих пор является важным методом лечебной программы для устранения осложнений операций на органах брюшной полости, представляет собой ответственное оперативное вмешательство и нередко является «операцией отчаяния», проводимой в самых неблагоприятных условиях. В то же время именно релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости и устранения возникших в послеоперационном периоде патологических состояний, угрожающих жизни пациента.

В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета релапаротомии выполнены по поводу послеоперационных осложнений у 105 больных. К релапаротомии «по требованию» прибегали в случаях, когда в послеоперационном периоде возникали патологические состояния, которые не прогнозировались во время первой операции. Первичные операции в этой группе были проведены по поводу осложнений язвенной болезни у 32 пациентов (гастродуоденальное кровотечение — 12, перфоративная гастродуоденальная язва — 18, язвенный стеноз — 2), патологии желчных путей у 19 пациентов (острый холецистит — 10, холедохолитиаз — 4, опухоль головки поджелудочной железы — 3, опухоль внепеченочных желчных протоков — 2), деструктивных форм панкреатита (16), острой кишечной непроходимости (14), ущемленных грыж передней брюшной стенки различной локализации (10), деструктивных форм острого аппендицита (9), острых нарушений мезентериального кровообращения (5).

При осложненных формах язвенной болезни в 24 наблюдениях были выполнены резекции желудка, в 8 — ушивание перфоративной язвы. При патологии желчных путей в 10 наблюдениях произведены холецистэктомии, в 5 — холецистэктомии в сочетании с наружным дренированием желчных протоков, в 4 — холецистэктомии в сочетании с билиодигестивными анастомозами. При деструктивных формах острого панкреатита во время первой операции выполнялись абдоминализации поджелудочной железы (3), некрсеквестрэктомии (8), дренирование изолированных скоплений инфицированной жидкости или гноя (5). При острой кишечной непроходимости первое оперативное пособие включало деторзию тонкого кишечника при завороте (3), энтеролизис при спаечной кишечной непроходимости (7), либо энтеролизис в сочетании с резекцией кишечника и энтероэнтеростомией (4). При ущемленных грыжах передней брюшной стенки различной локализации производилась герниотомия в сочетании с герниопластикой (4), которая, при наличии некроза в тонкой кишке дополнялась резекцией кишки и энтероэнтероанастомозом (6). При деструктивных формах острого аппендицита выполнялась аппендэктомия из местного (4), либо из лапаротомного (5) доступа. При острых нарушениях мезентериального кровообращения выполнялась резекция некротизированного сегмента кишки с первичным анастомозом (5).

Показаниями к повторным вмешательствам у 36 пациентов явилась несостоятельность швов полых органов и анастомозов, у 24 — продолжающийся перитонит, у 12 — внутрибрюшное кровотечение (в 4 наблюдениях — из ложа желчного пузыря в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, в 4 — диффузные кровотечения, конкретный источник которых при повторной операции установить не удалось, в 3 — аррозивные кровотечения в поздние сроки при деструктивном панкреатите, в 1 наблюдении — кровотечение из пузырной артерии в ранние сроки после холецистэктомии), у 10 — ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 9 — формирование гнойников в брюшной полости, у 9 — эвентрация, у 5 — прогрессирующий панкреонекроз.

Релапаротомии выполнялись в различные сроки после первичной операции. У 13 больных релапаротомия выполнена на 1 сутки, у 12 — на 2, у 18 — на 3, у 2 — на 4, у 18 — на 5 и у 42 больных — спустя 5 суток с момента первичной операции.

Основными задачами релапаротомии «по требованию» считаем по возможности радикальное устранение причины развившегося осложнения, тщательную санацию и адекватное дренирование брюшной полости, а также обеспечение полноценной разгрузки желудочно-кишечного тракта.

Устранение причины катастрофы является ответственным этапом повторной операции. Несостоятельность швов полых органов, анастомозов и стом приводит, как правило, к распространенному перитониту и является наиболее грозным осложнением в абдоминальной хирургии. При несостоятельности швов и продолжающемся перитоните выполняли укрепление анастомоза дополнительными швами (26), резекцию кишечника с энтероэнтероанастомозом (24), резекцию кишечника с наложением стомы (5), резекцию желудка (4), гастрэктомию (1). При внутрибрюшном кровотечении перевязывали или прошивали кровоточащие сосуды (5), выполняли спленэктомию при повреждениях селезенки (3), либо ограничивались ревизией органов брюшной полости (4 — диффузные кровотечения, конкретный источник которых при повторной операции установить не удалось). При наличии гнойников в брюшной полости производили их дренирование (9). При эвентрации производили ушивание после тщательной хирургической обработки краев раны (9). Операция по устранению эвентрации в обязательном порядке сопровождалась полноценной ревизией брюшной полости.

Ранняя спаечная кишечная непроходимость имела место в 10 наблюдениях. Причинами этого послеоперационного осложнения во всех наблюдениях явились спайки, создающие нарушения проходимости. При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости осуществляли энтеролизис в сочетании с назоинтестинальной интубацией.

При прогрессировании панкреонекроза у 2 пациентов во время повторной операции выполнена спленэктомия и абдоминализация поджелудочной железы, у 3 — дренирование ретрогастрального пространства.

Важным элементом повторной операции является кишечная декомпрессия желудочно-кишечного тракта. Оптимальным способом эвакуации секвестрированной в кишечнике жидкости и газов считаем установление назоинтестинальных зондов. Для разгрузки кишечника прибегали также к трансанальной интубации (3), наложению кишечных стом (5), либо использовали сочетание нескольких способов (4).

Любую релапаротомию завершали тщательной санацией, которая включала промывание брюшной полости большим количеством антисептиков, осторожном удалении свободно лежащих или слабофиксированных фрагментов фибрина. Дренирование брюшной полости выполнялось во всех случаях.

В дальнейшем вопрос о режиме ведения пациентов решался на основании учета характера патологического процесса в брюшной полости, конкретной интраоперационной ситуации, оценки общего состояния. У 78 больных, выполненная релапаротомия «по требованию» стала единственным повторным вмешательством. У 27 пациентов, потребовались повторные релапаротомии в режиме этапных санаций (у 3 пациентов с продолжающимся перитонитом при остром деструктивном аппендиците, у 21 — с несостоятельностью швов полых органов и анастомозов и у 3 — с внутрибрюшным кровотечением при деструктивном панкреатите).

Послеоперационная летальность при релапаротомиях, выполненных «по требованию» составила 29,5 % (31). Основными причинами летальных исходов стали прогрессирующий распространенный перитонит с полиорганной недостаточностью, абдоминальный сепсис, осложнения со стороны сердечно-сосудистой и легочной систем.

В.И. Миронов, П.В. Шелест

РОЛЬ И МЕСТО СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Иркутск)

Острый деструктивный панкреатит является одной из типичных форм абдоминального сепсиса, сопровождается тяжелым течением, разнообразными местными и системными осложнениями, высокой летальностью.

Клиника общей хирургии Иркутского медицинского университета располагает опытом лечения 96 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Мужчин было 71, женщин 25. Средний возраст больных составлял $43,5 \pm 16,6$ лет. Диагноз устанавливался на основании клинико-лабораторных признаков, данных ультразвукового исследования, компьютерной томографии, лапароскопии, а также интраоперационно или при аутопсии. У 63 пациентов был диагностирован стерильный, у 33 — инфицированный панкреонекроз.

Учет синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) в ходе течения острого деструктивного панкреатита позволяет судить о выраженности воспалительно-некротических процессов в поджелудочной железе и окружающих тканях, способствует объективизации тяжести состояния пациентов.