

кут участков кровоснабжаемых сухожилий обеспечило эффективное восполнение ахиллова сухожилия и восстановление дефекта кожи, что обеспечило реабилитацию всех пациентов.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению различных травм ахиллова сухожилия позволил в большинстве случаев получить положительные результаты.

П.А. Иванов, В.Ю. Погребняков, С.И. Курупанов

СОСТОЯНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Целью работы явилось изучение состояния провоспалительных цитокинов IL-1 α , IL-1 β , IL-8, TNF α в ответ на малоинвазивную хирургическую агрессию в ближайшем послеоперационном периоде. Изучение проводили у 17 больных при плановом рентгенохирургическом лечении по поводу неосложненных кистозных образований различной локализации. Все обследованные больные не имели значимых сопутствующих заболеваний и системных расстройств. Концентрация провоспалительных цитокинов в дооперационном периоде составляла для IL-1 α — $31,9 \pm 3,7$ пкг/мл; IL-1 β — $49,6 \pm 8,2$ пкг/мл; IL-8 — $36,7 \pm 6,3$ пкг/мл; TNF α — $32,6 \pm 5,4$ пкг/мл.

Повторные исследования концентрации цитокинов проводили в сроки от 1 до 3 дней после

вмешательства. При этом было установлено следующее: концентрация IL-1 α составила $33,8 \pm 4,2$; IL-1 β — $50,4 \pm 6,1$; IL-8 — $36,2 \pm 5,2$; TNF α — $40,5 \pm 4,4$ пкг/мл.

Следует указать, что отклонение уровня TNF α было обнаружено у 7 больных, при этом в 4 случаях были дренированы интрапанкреатические кисты ПЖ, а в 3 — кисты печени. Дренирование же парапанкреатических скоплений жидкости не сопровождалось существенным повышением уровня концентрации TNF α .

Таким образом, мы полагаем, что провоспалительная системная реакция имеет зависимость от расположения дренируемого патологического очага и операционной травмы рядом расположенных органов и тканей.

Ю.А. Кагаполов, В.Н. Перехода, Е.В. Осипов, А.М. Агапов, Г.В. Арнаутков

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

В Амурской областной клинической больнице с 1996 — 2004 гг. пролечено 916 больных с острым панкреатитом. Среди них 136 пациент с некротическими формами. В группе оперированных пациентов у 25 больных диагностирован жировой панкреонекроз, у 53 — геморрагический, у 58 — субтотальные и тотальные гнойно-некротические изменения поджелудочной железы.

Выраженный болевой синдром в животе, болезненность при пальпации, напряжение мышц, инфильтрат левого подреберья и эпигастральной области, высокая температура, лейкоцитоз в клиническом анализе крови и хилез при биохимическом исследовании являлись патогномоничными для панкреонекроза.

В последние годы чаще применяется лапароскопическая диагностика и лечение (75,5 %), дрени-

рование сальниковой сумки и брюшной полости. Эту тактику применяли при отечной форме панкреатита, с наличием стеатонекрозов в 27 случаях. При положительной динамике дренажи удалены на 5 — 7 сутки.

При наличии ограниченных некрозов выполняли марсупиализацию с рассечением прямой мышцы слева, дренажи подвели к очагу через винсловое отверстие в правом подреберье. В последующем перевязывали 1 раз в 3 — 5 дней. До полного отторжения секвестров.

При сформированном некрозе удаляли поджелудочную железу на уровне перешейка. Такая методика применена в 19 случаях. Дренирование сумки проводили в левом подреберье трубками и перчаточными выпускниками, ниже селезенки, справа выводили в подреберье через

винслово отверстие. Если железа была прочно фиксирована к тканям, не было четкой границы некроза, проводили сквозной (кольцевой) дренаж с выведением в указанных областях. Подведение дренажей к оментостоме проведено у 86 пациентов. В послеоперационном периоде продолжали перевязки с последующей некрсеквестрэктомией.

Показанием к декомпрессии желчного дерева являлась гипертензия желчных путей. При этом выполняли холецистостому, дренирование через

культю пузырного протока, рассечение БДС. Дренирование забрюшинного пространства проводилось внебрюшинно или комбинированно из доступа. Внебрюшинно раскрывались ограниченные поражения забрюшинной клетчатки. Доступ осуществлялся в левом подреберье по заднеподмышечной линии до 10 см.

Ранние вмешательства позволили снизить после операционный койкодень с 57–84 до 35–41 дня. При сложившейся практике стало возможным снизить летальность с 36 до 21 %.

В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, С.В. Захаров, И.Н. Стрельцова

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40–70 % больных и летальность при этом превышает 25–30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных дренирующих операций при остром деструктивном панкреатите.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 126 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2005 г. Возраст больных — от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 92 (73,02 %) был жировой панкреонекроз, у 34 (26,98 %) — геморрагический. Умерло 24 человека, из них 22 с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 19,05 %. Гнойные осложнения панкреонекроза отмечены у 32 больных (25,4 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 6 пациентов (18,8 %), панкреатогенный абсцесс у 16 (50 %), гнойный оментит у 5 (15,6 %).

В диагностический комплекс раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 44 больным, вошедшим в первую группу (34,9 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 пациента (41,3 %), которым вы-

полнена лапаротомия, закончившаяся «полуоткрытым» дренированием трубчатыми дренажными конструкциями. Третью группу составили 30 больных (23,8 %) с «открытым» методом дренирования с формированием лапаростомы.

В *первой группе* у 5 пациентов (11,4 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием сальниковой сумки. У трех больных произведена лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во *второй группе* выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одной из причин высокой летальности в этой группе являлись поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.

В *третьей группе* умерло 5 человек (16,7 %) с прогрессирующим геморрагическим панкреонекрозом. У 6 человек выполнены релапаротомии с некрсеквестрэктомией. Гнойные осложнения панкреатита в этой группе составили 26,7 % (8 человек).

Таким образом, при гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза наиболее эффективно «открытое» дренирование парапанкреатической клетчатки, обеспечивающее беспрепятственный доступ к гнойному очагу и выполнение адекватных некрсеквестрэктомий в программном режиме. При «полуоткрытом» методе дренирования для предупреждения осложнений необходимы обязательные программные релапаротомии, позволяющие реализовать адекватную хирургическую тактику.