

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), гастрэктомия (1). При внутрибрюшном кровотечении перевязывали или прошивали кровоточащие сосуды (5), выполняли спленэктомия 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.

Системная воспалительная реакция сопровождается панкреонекроз на всем протяжении заболевания, как в доинфекционный период, так и при развитии гнойно-некротических осложнений.

В первую неделю заболевания ССВР имел место в 45 наблюдениях. При этом тяжесть состояния пациентов по шкале SAPS составляла $7,5 \pm 3,9$ баллов. В то же время, при отсутствии системной воспалительной реакции тяжесть состояния пациентов составляла $5,5 \pm 3,2$ баллов ($p < 0,05$).

На второй неделе острый деструктивный панкреатит сопровождался системной воспалительной реакцией в 38 наблюдениях. Тяжесть состояния пациентов с ССВР составляла $7,8 \pm 4,8$ баллов, а при отсутствии этого синдрома — $3,6 \pm 2,8$ баллов по шкале SAPS ($p < 0,05$).

На 3–4 неделе заболевания, при развитии гнойно-некротических осложнений, системная воспалительная реакция выявлена в 33 наблюдениях. При этом тяжесть состояния больных по шкале SAPS составляла $6,1 \pm 3,8$ баллов. При асептическом течении деструктивного панкреатита системная воспалительная реакция отсутствовала, а тяжесть состояния пациентов составляла $2,4 \pm 1,7$ баллов ($p < 0,05$).

Летальные исходы имели место в 31 наблюдении. В первую неделю заболевания умерло 11 пациентов. Причиной смерти в этот период явились полиорганная недостаточность (8) и панкреатогенный шок (3). В терминальный период тяжесть состояния у этих больных составляла $11,6 \pm 3,2$ баллов по шкале SAPS.

На второй неделе заболевания умерло 6 пациентов. Тяжесть состояния больных в этот терминальный период составляла $12,3 \pm 5,6$ баллов по шкале SAPS, а причиной смерти явились аррозивные кровотечения из панкреатических сосудов (3), полиорганная недостаточность (2) и легочное кровотечение (1).

На 3–4 неделе заболевания у 14 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями панкреонекроза причиной летальных исходов стал абдоминальный сепсис. В этот терминальный срок тяжесть состояния больных оценивалась в $10,1 \pm 4,1$ баллов по шкале SAPS.

Таким образом, учет синдрома системной воспалительной реакции в ходе течения деструктивного панкреатита является важным компонентом в комплексной оценке тяжести течения заболевания.

И.А. Михайличенко, А.В. Гурулев, С.А. Мясников, Д.Г. Болотова, Ю.В. Потемкин

ЛИГИРОВАНИЕ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

Городская клиническая больница № 1 (г. Чита)

Геморрой все еще остается наиболее частым заболеванием человека. Его распространенность достаточно высока и составляет 118–200 человек на 1000 взрослого населения, а удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний — от 34 до 41 %.

Для геморроя традиционно характерны два основных симптома — кровотечение (51 %) и выпадение узлов из анального канала (37 %). При этом заболевании также отмечаются такие симптомы, как анальный зуд (9 %), чувство дискомфорта в анальном канале (5 %), выделение слизи (2 %).

Сегодня перед колопроктологией стоит сложный вопрос: как и когда лечить геморрой. Ведь само по себе наличие геморроидальных узлов не является показанием к оперативному вмешательству.

Безусловно, при остром геморрое показано консервативное лечение, но следует отметить, что его профилактика, прежде всего, заключается в нормализации деятельности пищеварительного тракта, лечении синдрома раздраженной толстой кишки, которые встречаются более чем у половины пациентов, заболевших геморроем.

В последнее время в связи с развитием новых технологий в медицинской промышленности, созданием новых препаратов все большее распространение получают так называемые малоинвазивные способы лечения геморроя, вполне пригодные для применения в амбулаторных условиях. К ним относятся склеротерапия, инфракрасная фотокоагуляция геморроидальных узлов, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция и др.

На базе Городской клинической больницы № 1 г. Читы наиболее популярным малоинвазивным способом лечения геморроя на ранних стадиях является лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами. Этот вид лечения также с успехом применяется при III и изредка при IV стадии заболевания после вправления геморроидальных узлов.

Методика лигирования заключается в том, что через аноскоп с осветителем при помощи вакуумного или механического лигатора набрасывают латексное кольцо на внутренний геморроидальный узел, который отторгается вместе с латексной лигатурой на 7–9 день. На месте отторжения геморроидального узла формируется его культя, покрытая соединительной тканью. Иногда лечение приходится проводить в несколько сеансов. Это занимает 3–4 недели.