

кальное хирургическое лечение больных с данным пороком.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Егоров И.В.* История изучения аортального стеноза (к 100-летию публикации И. Менкеберга) // *Терапевт. арх.* 2004. №8. С. 90-92.
2. *Куренкова И.Г.* Клинико-инструментальная диагностика аортальных пороков сердца // *Новые С-Петербург. врачебн. ведомости.* 2005. №4. С. 14-19.
3. *Яковлев В.А., Королев Б.Е.* Дегенеративный аортальный стеноз - угроза XXI века (лекция 1) // *Новые*

- С-Петербург. врачебн. ведомости. 2006. №4. С. 23-27.
4. *Яковлев В.А., Королев Б.Е.* Дегенеративный аортальный стеноз - угроза XXI века (лекция 2) // *Новые С-Петербург. врачебн. ведомости.* 2007. №1. С. 21-28.
5. *Lloyd, N.* Aortic valvulus disease // *Trans. Pathol. Soc. Zond.* 1947. N. 1P.40.
6. *Moonckeberg, J.G.* Der normale histologische Bau und die Sklerose Aortgenklappen // *Virch. Arch. Pathol. Anat. Physiol. Klin. Med.* 1904. 176. 472-496.
7. *White P.D.* Heart disease 4th ed. // *New York: Macmillan.* 1951.
8. *Wilks S., Moxon W.* Lectures on pathological anatomy 2nd ed. // *London: J. and A/ Chur-chill.* - 1975.

© И.А. Грумберг, И.Н. Вахрушев, 2008

УДК 616.37-002-08

И.А. Грумберг, И.Н. Вахрушев

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

МУЗ "Благовещенская городская больница №1"

В последние годы отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП) [6]. По общему мнению хирургов острый панкреатит является одним из наиболее сложно диагностируемых и вместе с тем широко распространенных заболеваний пищеварительной системы. Специфическая терапия практически отсутствует. Острому панкреатиту сопутствует целый ряд осложнений, угрожающих жизни, а клиническое течение заболевания и его исход непредсказуемы [3, 4].

Интересен путь становления хирургической панкреатологии. Поджелудочная железа (ПЖ) не привлекала внимания хирургов до XIX века. Лишь после фундаментальных открытий в анатомии и физиологии были предприняты первые попытки оперативных вмешательств на ПЖ. Однако первый опыт хирургического лечения острого панкреатита был малоутешителен. Еще в 1943 г. немецкий хирург Хант приводил данные о 124 операциях на ПЖ при остром панкреатите с крайне высокой летальностью (до 80%). С 1960 г. начался период увлеченного радикализма. Выполнялись обширные резекции, расширенные некрэктомии. Развитие медицинских технологий позволило сохранять жизнь пациентам. Однако анализ отдаленных результатов показал, что у этой группы пациентов значительно снижено качество жизни.

1990 г. - это начало эры рациональной хирургии в лечении острого панкреатита. Отбор пациентов и объем хирургического вмешательства стали производиться с учетом последующего ка-

чества жизни. Таким образом, хирургия острого панкреатита - это большой, фундаментальный раздел медицины, прошедший сложный, интересный, а порой и трагичный путь от этапа становления прямых вмешательств на протоках и паренхиме поджелудочной железы до рациональной эффективной хирургии, основанной на современных достижениях медицины.

Этиология острого панкреатита разнообразна. Однако необходимо выделить три наиболее значимые группы причин развития воспалительного процесса в поджелудочной железе - это алиментарные факторы (до 40%), острый билиарный панкреатит (до 30%), травма поджелудочной железы (до 10%), другие причины (20%) [4].

Диагноз острого панкреатита можно установить с большой степенью достоверности на основании анамнеза, клинической картины болезни и определения активности панкреатических энзимов в сыворотке крови. Острый панкреатит - это ургентная хирургическая патология. Характер заболевания определяет диагностическую и лечебную тактику, а именно, большинство вопросов, связанных с диагностикой и определением лечебной тактики необходимо решить уже в первые часы с момента поступления больного в стационар. Поэтому предпочтение отдается скрининговым методикам. Наибольшую диагностическую ценность имеет 2-3-кратное увеличение активности сывороточной амилазы и липазы. Целесообразно исследовать и амилотическую активность мочи.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости неинвазивно, оно может быть выполнено и повторено у постели больного в любое время и в любом состоянии. Наличие камней в желчном пузыре и признаков ОП позволяет думать о билиарной природе панкреатита. При тяжелом течении ОП парез тонкой и ободочной кишки препятствует адекватной сонографической оценке поджелудочной железы. При хорошей визуализации УЗИ пригодно для выявления панкреатических и экстрапанкреатических осложнений и динамического наблюдения за их прогрессированием.

Золотым стандартом верификации некроза и определения его распространенности считается ангио-компьютерная томография (КТ), заключающаяся в исследовании органов брюшной полости на спиральном компьютерном томографе с параллельным внутривенным болюсным введением контрастного вещества. Зоны ПЖ, не накапливающие контраст, являются зонами некроза.

В последнее время интенсивно ведутся работы по определению семиотики острого панкреатита при магнитно-резонансной томографии (МРТ). МРТ, так же как и КТ позволяет верифицировать зоны некроза. МРТ дает возможность отчетливо визуализировать зоны скопления жидкости в ПЖ, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке.

Один из современных методов диагностики - эндоскопическое ультразвуковое исследование. Ультразвуковой датчик располагается на рабочем конце эндоскопа. Исследование производится через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки. Метод гораздо чувствительнее, нежели традиционное УЗИ, особенно при тяжелых формах ОП, сопровождающихся с парезом кишечника.

При билиарном остром панкреатите и отсутствии эндо-УЗИ наиболее точным методом диагностики причины протоковой гипертензии является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). Однако это инвазивный метод, который сам по себе может приводить к развитию осложнений. В настоящее время ЭРПХГ во всех случаях предшествует эндоскопическая папиллотомия.

Лечение больных с деструктивными формами ОП остается сложной и трудоемкой задачей. Сразу после установления диагноза острого панкреатита необходима интенсивная консервативная терапия. Наиболее полный комплекс консервативного лечения включает: блокирование панкреатической секреции - сандостатин по

2 мл 2 раза в сутки, подкожно; ингибирование ферментов поджелудочной железы - контрикал по 50000 АтрЕД внутривенно, капельно; ингибирование медиаторов воспаления - 5 фторурацил внутривенно, капельно - 500 мг в сутки; инфузионно-детоксикационная терапия - 3-6 литров в сутки; антибиотикотерапия - цефалоспорины 3-го поколения; спазмолитики, анальгетики [3, 5].

Важным моментом является определение тяжести эндогенной интоксикации (ЭИ) и проведение детоксикационных мероприятий. Успех лечения во многом зависит от адекватной и своевременной детоксикационной терапии. Эндогенная интоксикация при остром панкреатите многокомпонентна. Поэтому по одному из показателей судить о степени токсемии и эффективности детоксикационной терапии невозможно. Совместно с лабораторией фотобиологии института биофизики Сибирского отделения РАН на кафедре общей хирургии изучали информативность и специфичность интегрального показателя токсичности биологических сред - люциферазного индекса (ЛИ) [1]. Этот тест позволяет объективно и экспрессно установить степень эндогенной интоксикации и провести коррекцию терапии. При легкой степени ЭИ люциферазный индекс составляет 0,26-0,32 у.е., средней степени - 0,33-0,49 у.е., свыше 0,49 - это тяжелая степень ЭИ.

При средней и тяжелой степени эндогенной интоксикации обязательно применение методов детоксикации организма. Один из наиболее современных и эффективных методов лечения токсемии - непрямая электрохимическая детоксикация [2]. Метод разработан в НИИ физико-химической медицины. Принцип метода заключается во внутривенном введении 0,06% раствора гипохлорита натрия. На кафедре общей хирургии выполнен большой фрагмент исследований по медицинской электрохимии. Результатом стало создание оригинальных схем непрямого электрохимической детоксикации для лечения панкреонекроза.

Разработан метод комбинированной непрямой электрохимической детоксикации. При этом методе гипохлорит натрия вводится не только внутривенно, но и в сальниковую сумку. Такой способ введения позволяет эффективно снижать токсичность крови, перитонеального экссудата и в известной степени корригировать синдром эндогенной интоксикации.

Непрямая электрохимическая детоксикация реализует принцип моделирования естествен-

ных детоксицирующих систем. При внутривенном введении гипохлорита натрия происходит реакция гидроксилирования, сходная с реакцией детоксикации в печени на цитохроме Р-450. Печень практически всегда подвергается агрессии панкреатогенных токсинов. На кафедре разработана методика внутрипортального введения гипохлорита натрия.

Клиническое применение метода позволяет утверждать, что внутрипортальное введение гипохлорита натрия имеет гепатопротекторный эффект и позволяет проводить эффективную детоксикацию и купировать панкреатогенный гепатит.

Мы применили электрохимические методы для лечения больных с гнойными осложнениями острого панкреатита. Присоединение инфекции при панкреонекрозе резко ухудшает прогноз заболевания, в 1,5-2 раза увеличивает летальность. Причем гнойный панкреатит резистентен к традиционному антибактериальному лечению. Совместно с кафедрой микробиологии Крас-ГМА было проведено большое комплексное исследование по изучению состава микрофлоры при гнойном панкреатите. Предложена схема сочетанного применения гипохлорита натрия и антибиотиков для лечения гнойных осложнений панкреонекроза. На реальных клинических штаммах микроорганизмов с применением метода бумажных дисков была исследована чувствительность микробов к антибиотикам и разработана наиболее эффективная схема антибактериальной терапии. Наиболее эффективны при гнойном панкреатите фторхинолоны, цефалоспорины 3-го поколения и карбапенемы. Причем сочетанное применение гипохлорита натрия и антибиотиков позволяет снизить дозы антибиотиков и повысить эффективность антибиотикотерапии.

Из методов лечения, воздействующих на патологический процесс в поджелудочной железе, мы отдаем предпочтение лазеротерапии. На кафедре есть опыт применения различных схем лазеротерапии при остром панкреатите: внутрисосудистое лазерное облучение крови, эндоскопическое облучение области большого дуоденального сосочка, непосредственное облучение паренхимы поджелудочной железы через ирригатор, чрескожная лазеротерапия.

Наиболее простой и доступный метод - это чрескожная лазеротерапия аппаратами нового поколения типа "Улан". Мы исследовали патогенез острого панкреатита с позиций перекисное окисление липидов - антиперекисная защи-

та и воздействие лазерного излучения инфракрасного диапазона на активность системы перекиси-антиперекиси. Ферменты антиперекисной защиты имеют металлсодержащие простетические группы, что позволяет им быть активными акцепторами лазерного излучения. Энергия лазерного излучения первично поглощается этими ферментами, они переходят в активное состояние и запускают систему антиперекисной защиты. Именно возможность регуляции с помощью лазера равновесия в системе перекисное окисление - антиперекисная защита лежит в основе лечебного эффекта лазерного излучения при остром панкреатите.

Показаниями к оперативному лечению при ОП являются развитие перитонита, гнойно-некротических осложнений, некупирующийся холецисто-панкреатит. Объем операции зависит от характера процесса в поджелудочной железе, но основные этапы операции типичны - это удаление токсичного экссудата из брюшной полости, абдоминализация поджелудочной железы, проточное дренирование и марсупиализация сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. При наличии гипертензии в желчевыводящих путях - декомпрессия желчевыводящих путей. Если процесс распространяется на парапанкреатическую клетчатку, необходима люмботомия, дренирование забрюшинного пространства. Мы не производим некрэктомий в ранние сроки, так как невозможно четко определить границы некроза и имеется высокая опасность кровотечения.

Альтернативой традиционной операции можно считать применение лапароскопических технологий в хирургии панкреонекроза. Лапароскопия сопровождается значительно меньшей операционной травмой и в ряде случаев позволяет решить те же задачи, что и открытая операция. У нас есть опыт лапароскопических операций при панкреонекрозе по методике профессора Н.Н. Малиновского с соавт [3]. После удаления экссудата и санации брюшной полости подвели дренажи к винслову отверстию через прокол в правом подреберье, в левое поддиафрагмальное пространство через прокол в левом подреберье, под левую долю печени через прокол в эпигастральной области, в малый таз через прокол в правой подвздошной области, по левому латеральному каналу в малый таз через прокол в левом мезогастрии. В послеоперационном периоде производили перитонеальный лаваж раствором гипохлорита натрия.

Подводя итог, нужно сказать, что мы разде-

ляем мнение ведущих панкреатологов России академика Савельева, профессора Филина, профессора Данилова о том, что для успешного лечения больных с острым панкреатитом, особенно с его деструктивными формами, необходима скрупулезная многолетняя подготовка специалистов, разработка и внедрение новых медицинских технологий, что возможно в условиях специализированных отделений или панкреатологических центров. За этими подразделениями будущее хирургической панкреатологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Т.В. Воеводина, О.Е. Нифантьев.* Методы определения токсичности биологических сред при экзо- и эндотоксикозах. Красноярск: ИБФ, 1990. 35 с.: граф.

(Препр./ АН СССР, Сиб. отделение, Институт биофизики; №128Б).

2. *Н.И. Лопаткин, Ю.М. Лопухин.* Эфферентные методы в медицине (теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения). М.: Медицина, 1989. 352 с.

3. *Н.Н. Малиновский, Н.П. Агафонов, Е.А. Решетников.* Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита. // Хирургия. 2000. № 1. С. 4-7

4. *Ю.М. Панцырев, Е.Д. Мыльников, П.Л. Федоров.* Острый билиарный панкреатит: возможности диагностики и лечения. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1999. № 2. С. 73-80

5. *В.С. Савельев, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев.* Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 240 с.

6. *В.С. Савельев, В.А. Кубышкин.* Панкреонекроз. Состояние и перспектива. // Хирургия. 1993. № 6. С. 22-28.

СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИИ И ТЕХНОЛОГИИ

© А.П. Соловьев, 2008

УДК 612.3.06

А.П. Соловьев

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ВЕДОМСТВЕННОМ ЛЕЧЕБНОМ УЧРЕЖДЕНИИ (НА ПРИМЕРЕ ВМКГ ТОФ)

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, г. Владивосток

Работая в условиях нового хозяйственного механизма, а в дальнейшем - в системе обязательного медицинского страхования, когда финансирование многопрофильного лечебного учреждения зависит от количества пролеченных пациентов, уровня качества лечения, обоснованности госпитализации, мы на практике поняли, что без развития новых конкурентноспособных медицинских технологий, которые были бы монопольными, на территориальном уровне невозможно обеспечить устойчивую работу госпиталя.

Новые медицинские технологии (НМТ) - это комплекс лечебно-диагностических мероприятий, реализация которых приводит к качественно новым результатам, обеспечивает развитие прогрессивных направлений в профилактике, диагностике и лечении заболеваний, способствует организации охраны здоровья населения на современном уровне.

Внедрение НМТ - процесс эволюционный и присущ разным видам, уровням и периодам развития здравоохранения. Чем выше уровень оказания медицинской помощи, тем более сложен процесс их внедрения в практику здравоохранения, и, как правило, это относится к специальным методам, являющимся энергоемкими,

техногенными и дорогостоящими.

От оригинальной идеи до ее реализации в жизнь проходят месяцы, а порой годы, так как процесс внедрения НМТ по оказанию высокоспециализированной медицинской помощи в большей степени коллективный и требует соблюдение следующих принципов:

1. НМТ должны быть востребованы обществом, в связи с чем изучается состояние проблемы, потребность в том или другом виде медицинской помощи и конкурентоспособность ее на рынке, в том числе в объемах государственных гарантий (проводятся маркетинговые исследования).

2. Оценивается приоритетность развития нового направления среди множества предложений, поступающих от специалистов.

3. Оцениваются имеющиеся возможности материально-технической базы, перспективы ее развития.

4. Анализируются источники финансирования расходов, связанные с внедрением в практику новых медицинских технологий.

5. Профессиональная подготовка кадров, обучение НМТ отдельных специалистов, а иногда и нескольких коллективов одновременно, занимают значительный период времени,