

УДК 616.37-002.4-06:616-002.3]-089

Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов,
Г.С. Рыбаков, Д.З. Алиев, А.Э. Шебзухов**ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПАНКРЕОНЕКРОЗА**Московский государственный медико-
стоматологический университет*Ключевые слова: гнойно-некротические осложнения
панкреонекроза, этапные внебрюшинные мини-
доступы, качество жизни.*

Гнойно-септические осложнения (абсцессы поджелудочной железы, сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, забрюшинная флегмона) являются одной из наиболее частых причин летальности при панкреонекрозе — 26,7% [1, 6, 8]. Причинами такой печальной статистики является, прежде всего, задержка с распознаванием и вскрытием очагов гнойного расплавления и отсутствием оптимальных способов дренирования гнойных полостей, от чего во многом зависит течение послеоперационного периода, исходы лечения и качество жизни пациентов [2–5, 7]. Несмотря на положительные отзывы об «открытых», «полуоткрытых», «закрытых», эндоскопических методах дренирования, нельзя однозначно отдать предпочтение лишь какому-то одному из них [1, 3, 5–8]. Эти и другие вопросы, касающиеся хирургического лечения деструктивного панкреатита, явились побудительным мотивом к проведению наших исследований.

Работа охватывает период с 2000 по 2006 г., в течение которого используемая лечебно-диагностическая тактика у больных с острым панкреатитом (ОП) претерпела значительные изменения. Этот временной промежуток может быть разделен на два периода: с 2000 по 2002 и с 2003 по 2006 г. За это время через клинические базы кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии — городские больницы № 81 и 50 — прошли 832 больных деструктивным ОП. С гнойными осложнениями за указанный срок оперировано 168 человек (20,2%). В работе мы использовали клиническую классификацию острого панкреатита, принятую в 1992 г. на международном симпозиуме в Атланте.

До 2003 г. при хирургическом лечении гнойно-некротических осложнений панкреонекроза преобладали «закрытые» способы. Закрытое дренирование гнойно-некротических полостей выполнено в 45 случаях (26,8%). Подавляющее большинство больных оперировано в поздние сроки с момента заболевания, когда успевало произойти расплавление плотных зон некроза вследствие присоединения и размножения микрофлоры (табл. 1). У 25 человек пришлось прибегнуть к повторному хирургическому вмешательству, чтобы ревизовать гнойную полость. Во время операций мы обнаруживали обширные поля гнойно-некротического поражения забрюшинной клетчатки с большим количеством омертвевших тканей, которые нуждались в повторной некр- и секвестрэктомии. В последующем эти больные лечились открытым способом, в режиме программных санаций. Анализ причин неэффективности проводимой терапии показал, что деструктивный процесс в железе и окружающих тканях продолжался и выбранный способ дренирования не создавал достаточных условий для отхождения секвестров и адекватной эвакуации детрита и гнойно-некротических масс, что приводило к ухудшению общего состояния пациентов и развитию тяжелой интоксикации. Летальность в этих случаях достигла 33,3%.

Наиболее благоприятными для лечения методом закрытого дренирования оказались нагноения в виде абсцессов без инфицирования окружающих тканей. Такую форму гнойных осложнений целесообразно лечить методом чрескожного дренирования под ультразвуковым наведением.

Высокая летальность при гнойных осложнениях деструктивного ОП, леченных закрытым дренированием и непрерывным лаважем, вызвала необходимость поиска новых хирургических подходов. С 2003 г. при распространенных гнойных осложнениях ОП предпочтение отдавалось открытым внебрюшинным мини-доступам (этапным вмешательствам). Наибольшей информативностью для определения характера и объема деструкции в самой поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке мы считаем компьютерную томографию. Открытое дренирование в режиме этапных санаций выполнены у 123 больных — 73,2% (табл. 2).

Во время каждой операции мы старались максимально полно проводить ревизию всех уплотнений

Таблица 1*Характер гнойных осложнений ОП, при которых выполнено дренирование закрытым методом*

Форма ОП и его осложнения	Кол-во больных		Выздоровление		Переход к открытым методам		Летальность	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Инфицированный	21	46,7	7	15,5	14	31,1	5	10,2
Инфицированный с абсцессом	15	33,3	8	17,8	7	15,5	8	16,3
Панкреатогенный абсцесс	9	20,0	5	11,1	4	8,9	2	4,1
Всего:	45	100,0	20	44,4	25	55,5	15	33,3

Таблица 2
Открытое дренирование гнойных очагов

Виды оперативных вмешательств из мини-доступа	Кол-во больных	
	абс.	%
Мини-лапаротомия + секвестрэктомия + марсупиализация + тампонирование сальниковой сумки	89	72,3
Мини-лапаротомия + марсупиализация сальниковой сумки + люмботомия	22	17,9
Люмботомия	12	9,8

Таблица 3
Характер осложнений после этапных операций при гнойных осложнениях ОП

Осложнение	Кол-во больных	
	абс.	%
Аррозивное кровотечение	6	3,6
Толсто-тонкокишечный свищ	4	2,4
Панкреатогенный свищ	5	2,9
Сепсис	4	2,4
Пневмония	7	4,2
Гидроторакс	5	2,9

в забрюшинной клетчатке и удалить их гнойно-некротическое содержимое. Чтобы оставшиеся ткани и органы были фиксированы в нужном положении и не спадались, тем самым ограничивая доступ к гнойно-некротическим зонам, после некрэктомии рыхло заполняли все ревизованные участки несколькими тампонами, пропитанными мазью «Левомеколь». Повторные вмешательства осуществляли независимо от наличия признаков гнойно-воспалительного процесса. Тампоны и трубки выводили как через оментобурсостому, так и через мини-люмботомические разрезы. После первого вмешательства сразу же планировали, что через определенное количество дней больной должен быть подвергнут очередной операции. Оптимальным сроком между этапными вмешательствами являются 48–72 часа. Количество этапных санационных мероприятий составило от 2 до 10.

Прекращали выполнение этапных вмешательств, когда исчезали клинические признаки септического состояния, не выявлялись гнойно-некротические ткани в забрюшинной клетчатке, а раневая поверхность покрывалась грануляциями. Течение процесса контролировали как лабораторно-биохимическими анализами, так и по результатам сонографии и компьютерной томографии, которые помогали обнаружить жидкостные образования и участки пониженной плотности, свидетельствующие об омертвении или инфильтрации тканей.

Использование способа этапных санаций с применением набора инструментов «Мини-ассистент» позволило снизить общую послеоперационную летальность при гнойно-некротических осложнениях

деструктивного панкреатита до 16,7%. Вероятность неблагоприятного результата характеризует такие показатели, как частота послеоперационных осложнений (табл. 3).

Самое грозное осложнение – аррозивное кровотечение – было остановлено прошиванием сосудов в 2 и тугой тампонадой сальниковой сумки в 4 случаях. Тонко-толстокишечные свищи у 3 больных закрылись самостоятельно, а в 1 случае свищ поперечно-ободочной кишки закрылся после наложения проксимальной толстокишечной колостомы. Панкреатические свищи в 3 наблюдениях закрылись самостоятельно через шесть месяцев, а 2 пациентам через 1,5 года был наложен панкреатоеюноанастомоз.

Одним из основных критериев эффективности лечения в настоящее время является анализ отдаленных результатов и параметров качества жизни пациентов. Их изучали с помощью анкетирования больных и обследования их в стационаре. Все пациенты заполняли стандартную анкету.

По данным опроса после этапных операций повторно госпитализировались 19 больных (11,3%). У 4 из них выявлена киста поджелудочной железы и выполнено дренирование под ультразвуковым наведением с хорошим клиническим результатом. Сахарный диабет, связанный с основным заболеванием, диагностирован у 5 человек. Изучение трудоспособности больных в ближайшие и отдаленные сроки после операции показали, что в первый год после заболевания II группу инвалидности имел 21 пациент (12,5%), и у 11 из них по истечении года инвалидность была снята.

Больные, оперированные из традиционного лапаротомного доступа, имели следующие результаты: из 141 пролеченного повторно госпитализировались 43 человека (30,1%). Сахарный диабет, связанный с основным заболеванием, установлен в 7 случаях. Изучение трудоспособности показало, что в первый год после заболевания группу инвалидности имел 41 пациент (29,1%), и только у 4 из них инвалидность была снята по истечении года.

Таким образом, способ этапного хирургического лечения с использованием внебрюшинных мини-доступов является оптимальным методом хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

Литература

1. Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Мандриков В.В. // *Материалы IX Всерос. съезда хирургов.* – Волгоград, 2000. – С. 15.
2. Брискин Б.С., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х. и др. // *Хирургия некротизирующего панкреатита: материалы межрегиональной научно-практической конференции.* – Екатеринбург, 2001. – С. 4–6.
3. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2001. – Т. 6, № 1. – С. 139–142.

4. Нестеренко Ю.А., Лантев В.В., Михайлузов С.В. *Диагностика и лечение деструктивного панкреатита*. — М.: Бином-Пресс, 2004.
5. Пугаев А.В., Волков В.С., Григорина-Рябова Т.В. и др. // *Материалы IX всероссийского съезда хирургов*. — Волгоград, 2000. — С. 98.
6. Шулуто А.М., Данилов А.И., Пыхтин Е.В. // *Хирургия некротизирующего панкреатита: материалы межрегиональной научно-практической конференции*. — Екатеринбург, 2001. — С. 71–72.
7. Beger H.G., Rau B., Isenmann R. // *Chirurg*. — 2000. — Vol. 71, No. 3. — P. 274–280.
8. Bradley E.L. III. // *Bradley E.L. III. Acute pancreatitis*. — New York: Raven Press, 1994. — P. 817–823.

Поступила в редакцию 30.04.2007.

CHOOSING METHOD OF SURGERY TO CURE SUPPURATIVE AND NECROTIC COMPLICATIONS OF PANCREATONECROSIS

B.S. Briskin, M.D. Dibirov, O.Kh. Khalidov, G.S. Rybakov, D.Z. Aliev, A.E. Shebzukhov

Moscow State University of Medicine and Dentistry

Summary — In case of pancreatonecrosis, suppurative and necrotic complications lead among the causes of lethality. The paper summarizes analysis of surgeries conducted to 168 patients suffering from suppurative and necrotic complications of pancreatonecrosis, and shows up advantages of "open" stepwise extra-peritoneal miniapproach using Mini-assistant kit over "closed" methods of surgery.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 4, p. 38–40.

УДК 616.22/23-02:616.33/34-008.8

В.Э. Кокорина

ФОРМИРОВАНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Дальневосточный государственный медицинский университет (г. Хабаровск)

Ключевые слова: реанимация, рубцовый стеноз, гастроэзофаголарингеальный рефлюкс.

Учитывая резкий рост частоты ятрогенных рубцовых стенозов полых органов шеи за последние годы с 5,4 до 92% [5, 7], особо актуальным стал вопрос разработки системы профилактики подобных осложнений в условиях интенсивной терапии. Значительное снижение количества рубцовых деформаций здесь позволит резко ограничить число больных, нуждающихся в длительной, многоэтапной реабилитации в условиях торакальных и ЛОР-отделений. Бережная интубация с учетом индивидуальной выраженности гортанно-трахеального угла и подбор адекватного размера интубационной трубки позволяет уже на первом этапе нахождения больного в отделении интенсивной терапии избежать травм полых органов шеи [1, 3, 4]. Однако даже при условии соблюдения общепринятых стандартов ведения пациентов в отделении интенсивной терапии процент осложнений продленной интубации в виде рубцовой деформации просвета гортани и трахеи остается высоким [4, 5]. Среди факторов, способствующих этому, все большее количество исследователей уделяют внимание влиянию рефлюкса желудочного и дуоденального содержимого в гортань и трахею [1, 6, 7]. У пациентов, находящихся на длительной интубации, существует ряд факторов риска развития гастроэзофаголарингеального рефлюкса. Если аспирация желудочного содержимого, возникшая в момент травмы (синдром Мендельсона), зачастую диагностируется вовремя, то рефлюкс, сформированный в результате длительного стояния пищевода зонда, по причине несостоятельности пищеводных сфинктеров, остается на практике зачастую незамеченным [2, 6].

Формированию постинтубационных осложнений способствует аспирация желудочного содержимого и выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки гортани и трахеи. Агрессивное желудочное содержимое способно в короткие сроки вызывать в зоне микротравм, сформировавшихся от воздействия интубационной трубки, воспаление и хондропери-хондрит гортани и трахеи [4, 7]. Увеличение глубины поражения до хряща служит основой развития грубой рубцовой деформации просвета этих органов.

Целью исследования явился анализ влияния рефлюкса желудочного и дуоденального содержимого на формирование рубцовой деформации гортани и трахеи.

За 2002–2004 гг. в отделении интенсивной терапии и реанимации краевой клинической больницы № 2 (г. Хабаровск) наблюдались 73 человека, находившиеся на продленной интубации — от 2 до 15 дней. Для выявления изменений слизистой оболочки всем пациентам выполнялся эндоскопический осмотр пищевода, гортани и трахеи на 3-и, 6-е и 9-е сутки интубации. Изучение проявлений гастроэзофаголарингеального рефлюкса у данной категории пациентов затруднено невозможностью проведения рН-мониторинга, в связи с чем для подтверждения рефлюкса желудочного содержимого в глотку применялись лакмусовые тест-полоски. Даже однократное снижение водородного показателя ниже 4 расценивалось как подтверждение рефлюкса. Также несомненным подтверждением наличия рефлюкса были воспалительные изменения в пищеводе с формированием эрозий и язв.

У данных пациентов при эзофагоскопии верифицировались стрессовые язвы в дистальной (31,5%) и проксимальной (49,3%) частях пищевода. Временные анатомические нарушения нижнего пищеводного сфинктера (дилатация зондом) в половине случаев сопровождались дисфункцией перистальтики пищевода. Подобный высокий уровень распространения дисфункции перистальтики у реанимационных пациентов, вероятно, связан не только с длительной экспозицией соляной кислоты, но и с центральными ствольными нарушениями. Подтверждение гастроэзофаголарингеального рефлюкса при скрининговом