

фиксирующих дренажную трубку в просвете пузыря к его стенке, или выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха по Пиковскому. Всем пострадавшим оставляли гильзу для проведения динамической санационной видеолапароскопии в послеоперационном периоде. Умерло в этой группе 22,2% пострадавших.

Таким образом, использование видеолапароскопической техники для лечения посттравматического панкреонекроза позволяет снизить летальность в 1,6 раза ($p < 0,01$).

И.В. Козлов, В.А. Козлов, Е.Б. Головки

Уральская государственная медицинская академия,

Центральная городская клиническая больница № 1,

Центр экспериментальной и клинической хирургии, Екатеринбург

Лапароскопические операции и вмешательства из малых доступов в период ферментной токсемии при панкреатите

Острый панкреатит занял третье место по частоте в ургентной хирургии органов брюшной полости после аппендицита и холецистита. Проблема интоксикации при некротическом панкреатите требует применения интенсивной терапии и хирургических вмешательств.

В клинике хирургических болезней № 2 УГМА разработана малоинвазивная система хирургического лечения больных с панкреонекрозом, направленная на скорейшую элиминацию токсического панкреатогенного экссудата из брюшной полости и из парапанкреатической клетчатки, а также на ограничение и подавление патологического процесса, на уменьшение травматичности операции, на возможность динамической санации. Формированию этой системы способствовали следующие оригинальные клинические внедрения: абдоминализация поджелудочной железы, предложенная проф. В.А. Козловым в 1970 г., локальная гипотермия (Козлов, 1970), лапароскопическая открытая бурсооментоскопия и динамическая (программированная). В каждом из этих нововведений следует отметить следующие важные моменты.

Нередко на аутопсии у умерших от панкреонекроза выявляется обширное поражение забрюшинной клетчатки – от малого таза до средостения. Значительные изменения в парапанкреатической зоне говорят о необходимости изоляции поджелудочной железы от забрюшинной клетчатки. Этим требова-

ниям отвечает предложенная в 1970 г. В.А. Козловым и примененная в клинике операция, названная абдоминализацией поджелудочной железы. Техника вмешательства заключается в рассечении брюшины по нижнему краю поджелудочной железы с последующим выделением органа из забрюшинной клетчатки от перешейка до хвоста, с подведением под железу широкопросветных дренажей. Абдоминализация обеспечивает динамическую элиминацию гистотоксического экссудата из парапанкреатической зоны. На наш взгляд, это очень важно для профилактики прогрессирования деструкции в забрюшинном пространстве. Результаты применения этой операции в клинике представлены в кандидатской диссертации В.И. Стародубова (1986) и свидетельствуют о снижении летальности с 61,1 до 26,9%.

В лечении панкреатита общепризнано применение гипотермии. Наиболее часто применялась гипотермия через желудок. Однако при чрезжелудочной гипотермии снизить температуру в железе удается максимум на 2°C, что недостаточно для снижения активности панкреатических ферментов. В 1970 г. В.А. Козловым предложено вводить в сальниковую сумку латексный баллон, в который подается хладагент (температура +4°C). В послеоперационном периоде проводится контактная локальная гипотермия. При этом температура в поджелудочной железе снижается до 28°C без значительного снижения общей температуры. Изучение результатов применения локальной гипотермии по нашей методике показало высокую эффективность этого воздействия в комплексном лечении панкреонекроза.

Лапаротомия для больных с распространенным панкреонекрозом – очень травматичное вмешательство. При выраженной ферментной токсемии состояние у таких пациентов значительно ухудшается в ближайшем послеоперационном периоде. В 1984 г. И.В. Козловым предложен метод лапароскопической открытой бурсоментоскопии, выполняемой из мини-доступа. Суть метода в следующем. При лапароскопии определяются показания и противопоказания к лапароскопической бурсоментоскопии, производится санация и дренирование брюшной полости при панкреатогенном перитоните, выполняется холецистостомия. Затем под контролем лапароскопа в проекции верхнего сегмента прямой мышцы живота слева производится доступ размером 3–4 см. В рану выводится желудок на границе верхней и средней трети его тела, вскрывается желудочно-ободочная связка, в полость малой сальниковой сумки вводятся зеркала со световодами специальной конструкции. По характеру условий выполнения вмешательств на поджелудочной железе эта методика сочетает малую травматичность лапароскопии и большие возможности лапаротомии. Автор метода разработал бурсоментоскопическую технику и инструментарий для выполнения многих диагностических и лечебных манипуляций из мини-

доступа. После внедрения лапароскопической бурсооментоскопии в клинике летальность снизилась с 26,9 до 20,4% (Козлов, 1989).

При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией и нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием эрозивных кровотечений. В течение 15 лет в клинике для санации салниковой сумки и забрюшинной клетчатки применяются отсроченные, так называемые программированные вмешательства, выполняемые через мини-бурсооментостому или люмбостому. При этом проводится смена дренажей, удаление секвестров в парапанкреатической клетчатке, вскрытие абсцессов, флегмон и дренирование гнойных затеков.

Лечение по нашему методу проведено у 156 больных. Применение для лечения деструктивного панкреатита в период ферментной токсемии лапароскопических вмешательств из мини-лапаротомного доступа в салниковую сумку и забрюшинную клетчатку позволяет своевременно эвакуировать токсический экссудат из брюшной полости и забрюшинной клетчатки, что снижает количество осложнений, уменьшает сроки лечения пациентов в отделениях интенсивной терапии и сроки пребывания в стационаре. Благодаря применению этих технологий в комплексном лечении некротического панкреатита летальность удалось снизить с 20,4% (Козлов, 1989) до 14,1%.

Е.М. Кон

Пермская государственная медицинская академия

Интенсивная терапия острого тяжелого панкреатита

Лечение больных острым панкреатитом остается одним из наиболее проблемных разделов ургентной абдоминальной хирургии и реаниматологии. На острый панкреатит приходится до 9% всех острых заболеваний органов брюшной полости. В 1996–2000 гг. количество случаев острого панкреатита в г. Перми составило около 500 больных на 1 млн населения. Даже в ведущих центрах летальность при этом заболевании не имеет тенденции к снижению и остается стабильно высокой, составляя 10–15% от общей летальности, а при инфицированном панкреонекрозе она варьирует от 30 до 70%.

Вариабельность клинических форм острого панкреатита, разнородность в его проявлениях и течении обуславливает множество формулировок определения этого заболевания. Зачастую сложности с четкой трактовкой связаны с отсутствием единой классификации различных форм этого заболевания, его