

**Распределение больных по объему поражения
и способу дренирования забрюшинной клетчатки**

Способ лечения	Больные с поражением забрюшинной клетчатки				Всего
	1 квадрант	2 квадранта	3 квадранта	4 квадранта	
Традиционный	6	7	10	3	26
Малоинвазивный	9	16	19	6	50
Всего	15	23	29	9	76

оперированы и в послеоперационном периоде велись только с применением малоинвазивных и эндоскопических технологий (см. табл.).

Средние сроки стационарного лечения при традиционном способе оперативного вмешательства без проведения программируемых ревизий и санаций составили 52 дня, при применении малоинвазивных технологий – 40.

Летальность менялась по мере перехода на минимально инвазивные технологии. В 1995 г. все больные оперированы традиционно, летальность составила 40%. В 1996 г. часть пациентов оперированы из мини-доступа. Общая детальность сократилась до 30%. При этом у больных, оперированных из минидоступа, – до 17%, при традиционном дренировании – до 43%. В 1997 г. преобладали операции из мини-доступа, общая летальность снизилась до 17%, среди оперированных из мини-доступа она составила 8%, из традиционного доступа – 25%. Начиная с 1998 г. ситуаций, требующих широких доступов, не было, летальность не превысила 14–15%, что значительно меньше 40%, которые мы имели в 1995 г.

Таким образом, комбинируя различные способы малоинвазивных вмешательств, можно добиться хороших результатов в лечении поражений забрюшинной клетчатки у больных некротизирующим панкреатитом. Важен дифференцированный подход к каждому больному. Плановые санации сальниковой сумки и забрюшинного пространства с использованием световодов из минидоступов позволяют осуществлять своевременную диагностику и санацию всех отделов забрюшинной клетчатки.

М.И. Прудков, С.Ю. Алферов

Областная клиническая больница № 1,

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург

Тактика хирургического лечения осложненного хронического панкреатита

Актуальность проблемы лечения осложненного хронического панкреатита обусловлена возрастающим количеством больных и недостаточной эффективностью лечения данного заболевания.

При формировании отдаленных последствий некротизирующего панкреатита большое значение имеет степень повреждения протоковой системы и паренхимы поджелудочной железы.

Наиболее частым и серьезным осложнением деструктивных форм острого панкреатита является формирование индуративного панкреатита, кист и свищей поджелудочной железы. Показания к операциям на поджелудочной железе при хроническом панкреатите, судя по данным литературы, не отличаются конкретностью. Хотя справедливо будет отметить, что довольно сложно уместить в строгих рамках все многообразие возможных показаний.

Отдельные вопросы тактики хирургического лечения кист поджелудочной железы в настоящее время остаются открытыми. Целесообразность того или иного метода хирургического лечения является предметом дискуссии.

Некоторые хирурги видят преимущество операции наружного дренирования кист поджелудочной железы, другие – внутреннего дренирования. Четкие показания к резекции поджелудочной железы не выработаны, также нет четкой тактики при кистах поджелудочной железы в сочетании с хроническим панкреатитом. Существующие методы хирургического лечения не всегда применяются с учетом патоморфологии и патогенеза кист поджелудочной железы, что приводит к неудовлетворительным результатам лечения.

Между начальным и конечным периодами развития кисты имеется несколько переходных стадий. Каждая из них существенно отличается от других.

Целесообразность того или иного метода хирургического лечения в нашей клинике определяется сроками образования кисты, ее содержимым и сформированностью стенки.

При современных диагностических возможностях получения непосредственного изображения поджелудочной железы выявление ее поражений не представляет трудностей, что позволяет выбрать оптимальную хирургическую тактику.

В комплексе диагностических мероприятий на первое место выходит ультразвуковое исследование. С целью изучения строения протоковой системы поджелудочной железы, состояния кисты поджелудочной железы, а также уточнения ее связи с Вирсунговым протоком в нашей клинике выполняется магниторезонансная томография.

Наружное дренирование кисты поджелудочной железы мы рассматриваем как вынужденную операцию и проводим его только по строгим показаниям: при прогрессировании деструктивного панкреатита, нагноении содержимого кисты, наличии недостаточно хорошо сформированной стенки, отсутствии сообщения полости кисты с панкреатическим протоком.

Необходимость лечения больного в послеоперационном периоде, возможность возникновения различных осложнений, связанных с проведением наружного дренирования, частое формирование панкреатических свищей или рецидив заболевания, требующие повторного оперативного вмешательства, определяют более сдержанное отношение к операции наружного дренирования кисты поджелудочной железы.

Операции внутреннего дренирования кист поджелудочной железы предусматривают отведение содержимого кисты в желудочно-кишечный тракт путем создания анастомоза между кистой и желудком или кишкой. Основными достоинствами операции внутреннего дренирования являются техническая простота выполнения, быстрое уменьшение и облитерация полости, обеспечение возможности включения в пищеварение больного панкреатического сока, выделяющегося в полость кисты, низкий процент осложнений.

Наличие индуративного панкреатита меняет прогноз сформированной панкреатической кисты. В этой ситуации более надежным хирургическим вмешательством является наложение цистодигестивного соустья (эндоскопического, из мини- или традиционного доступа).

Среди существующих методов внутреннего дренирования кист поджелудочной железы предпочтение отдается цистоеюностомии по Ру. Операция обеспечивает быструю декомпрессию и облитерацию кистозной полости, предотвращает заброс кишечного содержимого в кисту, уменьшает опасность рецидива панкреатита.

Когда киста поджелудочной железы сообщается с расширенным Вирсунговым протоком, наложение цистоеюноанастомоза считаем нецелесообразным, так как имевшееся при этом нарушение проходимости протока не устраняется. Учитывая это, для лечения таких кист используется вирсунгоеюностомия, которая также может быть выполнена из предельно малого разреза.

Выполнение данной операции создает свободный отток содержимого кисты и панкреатического сока из расширенного протока, способствуя скорейшей облитерации полости кисты и обратному развитию признаков хронического панкреатита.

Лечение кист поджелудочной железы путем резекции патологически измененной части железы с кистой, по нашему мнению, показано при хроническом панкреатите дистального отдела поджелудочной железы с кистообразованием, резекцию также можно выполнить из мини-лапаротомного доступа.

Следует отметить, что резекция поджелудочной железы с кистой не всегда возможна из-за обширных сращений кисты с окружающими тканями и крупными сосудами, кроме того, после данной операции выше риск развития сахарного диабета.

Диагностика и выбор правильного, обоснованного метода хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита остаются сложной проблемой. Больного следует направлять в специализированное отделение, где занимаются хирургическим лечением заболеваний поджелудочной железы.

С.А. Совцов, Р.Т. Талипов, В.В. Сазанов, С.П. Самылов, Г.П. Филимонов
Уральская государственная медицинская академия
дополнительного образования, Челябинск

Хирургическая тактика при гнойных осложнениях панкреатита

Неснижающиеся показатели заболеваемости острым панкреатитом и послеоперационной летальности, особенно при некротических формах, заставляют хирургов искать новые комплексные подходы к лечению панкреонекроза. Мы располагаем опытом лечения 7140 больных острым панкреатитом, из них оперировано 888 (оперативная активность составила 12,4%). Всего умерло 348 больных (4,8%), из них после операции – 270 (30,4%).

С учетом этих показателей мы в последние 3 года большое внимание стали уделять верификации диагноза и прогнозированию фаз заболевания, так как только это позволяет определить конкретную хирургическую тактику. С этой целью создали собственную оригинальную классификацию острого панкреатита. Он разделен на два вида: а) отечный и б) некротический. Помимо этого выделены фазы заболевания: а) фаза шока (гемодинамических расстройств), б) ферментативной токсемии, в) инфильтрата, г) гнойно-септических осложнений, д) полиорганной недостаточности. Всем больным проводили УЗИ брюшной полости, при неясности картины выполняли КТ. Больные госпитализировались в отделение реанимации, где осуществлялся комплекс консервативного лечения, а полученная динамика состояния оценивалась с помощью системы Renson. Использовали инфузионно-трансфузионную терапию, антиферментную терапию – ингибиторы протеаз и цитостатики, сандостатин. Большое внимание уделяли антибактериальной терапии для деконтаминации кишечника, использованию энтерального или парентерального питания. При неэффективности проводимой терапии или ухудшения состояния больного, появления признаков полиорганной недостаточности и гнойных осложнений выставляли показания к оперативному лечению. При поздних сроках формирования гнойных очагов (2–3-я неделя) и их ограниченности предпочтение