

3. Хирургическое вмешательство у больных распространенным панкреонекрозом составляет важную часть комплексного лечения. Оперативное вмешательство у них может заключаться в абдоминализации поджелудочной железы.

УДК 616.37—07—08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В. Г. ТУТУНИН

Кафедра хирургических болезней № 1 СГМИ

Острый панкреатит является одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости, летальность при котором колеблется от 13 до 31%, а при деструктивном достигает 65% [19, 21, 24]. Диагностика его достаточно сложна и не всегда позволяет своевременно установить форму, стадию процесса и назначить правильное лечение.

Среди существующих методов инструментальной диагностики острого панкреатита ведущее место занимает лапароскопическое исследование органов брюшной полости [9, 35].

С 1983 по 1986 гг. в городской клинической больнице скорой медицинской помощи находились на лечении 356 больных острым панкреатитом. У 86 (24,2%) из них выявлена деструктивная форма заболевания. У 78 чел. острый панкреатит подтвержден во время лапароскопии, у 47 — на операции, у 27 — уточнен во время патолого-анатомического вскрытия. Общая летальность составила 7,6%.

При лапароскопическом обследовании 78 больных у 26 выявлен отечный, а у 52 — деструктивный панкреатит (у 28 — геморрагический, у 24 — жировой панкреонекроз). При анализе найденных изменений в брюшной полости выделены признаки отечного и деструктивного панкреатита, выявляемые при лапароскопии (табл. 1).

При геморрагическом панкреонекрозе чаще встречается геморрагическое пропитывание желудочно-ободочной связки, круглой связки печени, забрюшинной клетчатки. С одинаковой частотой встречаются такие признаки, как отеснение желудка к передней брюшной стенке, парез поперечно-ободочной кишки, гиперемия брюшины.

Лапароскопия позволяет с большой точностью подтвердить или отвергнуть диагноз острого панкреатита.

Однако не всегда представляется возможным оценить тяжесть процесса и степень интоксикации организма. Поэтому были иссле-

Т а б л и ц а 1

Признаки острого панкреатита по данным лапароскопии

Признак	Отечный панкреатит 26	Деструктивный панкреатит 52
Геморрагический выпот с повышенной активностью ферментов	—	28 (53,9%)
Бляшки стеатонекроза	—	38 (73,1%)
Серозный выпот с нормальной активностью ферментов	21 (80%)	—
Гиперемия и выбухание желудочно-ободочной связки	7 (26,9%)	15 (28,9%)
Увеличение желчного пузыря без признаков воспаления	7 (26,9%)	11 (21,2%)
Оттеснение желудка к передней брюшной стенке	5 (19,2%)	7 (13,5%)
Парез поперечно-ободочной кишки	—	5 (9,6%)
Гиперемия брюшины	2 (7,7%)	4 (7,8%)
Гиперемия серозной оболочки стенки желудка	1 (3,8%)	2 (3,9%)
Геморрагическая имбинция забрюшинной клетчатки	—	1 (1,9%)

дованы показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных острым панкреатитом при поступлении и в процессе лечения. В последние годы появились сообщения о роли ПОЛ в развитии многих патологических состояний, причиной возникновения которых является гипоксия клеток и активация липолитических и лизосомальных ферментов, что имеет место и при остром панкреатите [5, 39]. Но диагностическая ценность указанных показателей выявлена недостаточно. Мы по методике И. Д. Стальной [37] определяли содержание в крови продуктов ПОЛ: гидроперекисей жирных кислот и малонового диальдегида. Исследования проведены совместно с биохимическим отделом ЦНИЛ Свердловского медицинского института. За норму приняты значения этих показателей, полученные при исследованиях крови у 42 допризывников (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Содержание продуктов перекисного окисления липидов в зависимости от вида лечения

Наименование показателя	Отечный панкреатит-20	Деструктивный панкреатит-32	Нормальный показатель-42	P
Гидроперекиси жирных кислот (эстиния)	0,08 ± 0,0004	0,181 ± 0,0009	0,07 ± 0,34	0,001
Малоновый диальдегид, моль/л крови	0,24 ± 0,001	0,46 ± 0,003	0,38 ± 0,02	0,001

Таким образом, при поступлении больных отмечены достоверные различия между исследуемыми показателями при отечном и деструктивном панкреатите. Далее показатели ПОЛ (табл. 3) исследованы у 9 больных, оперированных в первые трое суток с момента поступления по поводу прогрессирующего панкреонекроза, и у 19 в те же сроки заболевания, леченных с применением методов интенсивной комплексной консервативной терапии.

Таблица 3

Содержание продуктов перекисного окисления липидов
в зависимости от формы острого панкреатита.

Наименование показателя	После оперативного лечения -9	В процессе комплексного консервативного лечения, 19	P
Гидроперекиси жирных кислот (экстинция)	$0,11 \pm 0,002$	$0,07 \pm 0,001$	0,01
Малоновый диальдегид моль/л крови	$0,51 \pm 0,004$	$0,33 \pm 0,003$	0,001

Оперативное вмешательство вызывает значительную активацию ПОЛ, в то время как комплексное консервативное лечение больных способствует стабилизации этих процессов и уменьшению эндогенной токсемии. При исследовании указанных показателей в срок от 10 до 15 суток заболевания выявлено, что они приходят к исходным значениям в группе оперированных больных на 14-е сутки, а в группе леченных консервативно, в среднем, на 10-е сутки.

В течение последних лет в лечении больных с деструктивным панкреатитом применяется метод длительной внутриаортальной инфузионной терапии (ДВИТ). При этом в рентген-операционной по методу Сельдингера вводится катетер в зорту до уровня XI—XII грудного позвонка. Регионарная инфузионная терапия проводится в отделении интенсивной терапии в течение 4—7 дней. Объем инфузии составляет 4—6 л в сутки с последующим форсированием диуреза.

Из 86 чел. с панкреонекрозом ДВИТ проведена 36, из них 14 она проводилась в послеоперационном периоде, а 22-м — в качестве основного метода лечения. Из 22 больных в последующем оперировано трое: одна пациентка оперирована на 15-е сутки от начала лечения по поводу прогрессирующей забрюшинной флегмоны, произведена лоботомия; один оперирован на 18-е сутки по поводу кишечной непроходимости, вызванной прогрессирующим инфильтратом в эпигастриальной области, ему наложена разгрузочная цекостома; одна оперирована на третьи сутки от начала

лечения по поводу сопутствующего деструктивного холецистита, произведена холецистэктомия, наружное дренирование холедоха. Результаты лечения представлены в табл. 4.

Таблица 4

Летальность в зависимости от вида лечения

Группы	Количество больных	Из них умерли	Летальность, %
Оперированные	30	15	50
Леченные консервативно	20	6	30
Оперированные с последующим применением ДВИТ	22	4	28,6
Леченные консервативно с применением ДВИТ	14	2	9,1

При применении метода регионарной внутриаортальной инфузионной терапии несколько изменился характер осложнений в течение заболевания. Значительно снизилось количество случаев полнорганной недостаточности паренхиматозных органов, но увеличилось число возникновения инфильтратов в области поджелудочной железы. Количество других осложнений практически осталось на том же уровне. Число и характер осложнений в зависимости от вида лечения приведены в табл. 5.

Таблица 5

Количество и характер осложнений в зависимости от вида лечения

Осложнения	Больные, леченные, с применением ДВИТ, 36	Больные, леченные без применения ДВИТ, = 50 ДВИТ, -50
Панкреатический инфильтрат	11 (30,55%)	6 (12%)
Псевдокиста	2 (5,6%)	2 (4%)
Тромбеморрагические осложнения	11 (30,6%)	18 (36%)
Сепсис	2 (5,6%)	3 (6%)
Забрюшинная флегмона	2 (5,6%)	3 (6%)
Нагноение послеоперационной раны	5 (13,9)	9 (18%)
Печеночная недостаточность	8 (22,2%)	15 (30%)
Почечная недостаточность	11 (30,6%)	21 (42%)
Сердечно-сосудистая недостаточность	3 (8,3%)	14 (28%)
Легочная недостаточность	13 (36,1%)	23 (46%)

Выводы

1. Существующие методы инструментальной и лабораторной диагностики недостаточно полно отражают форму и тяжесть острого панкреатита. Наибольшую ценность имеет лапароскопическое исследование органов брюшной полости.

2. С целью уточнения тяжести процесса и степени интоксикации организма при остром панкреатите могут быть использованы показатели перекисного окисления организма: гидроперекиси жирных кислот и малоновый диальдегид.

3. Длительная внутриаортальная инфузионная терапия является методом выбора в лечении деструктивного панкреатита.

УДК 616.346.2—089.87—036.8

ПУТИ УМЕНЬШЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА НАПРАСНЫХ АППЕНДЭКТОМИЙ

В. Н. ПРОХОРОВ

Клиническая больница № 27, г. Свердловск

Недостаточная точность диагностики острого аппендицита остается одной из нерешенных проблем urgentной абдоминальной хирургии. Известно, что промедление с операцией у больных деструктивными формами аппендицита неизбежно приводит к значительному возрастанию числа осложнений и летальных исходов. Поэтому, стремясь максимально уменьшить частоту «пропущенных» аппендицитов, большинство хирургов оперируют даже при подозрении на острый аппендицит. На практике этот подход позволил добиться значительного снижения случаев запущенных аппендицитов и уменьшить летальность при этом заболевании. В то же время указанная тактика имеет и существенные недостатки, т. к. у части больных операции оказываются совершенно неоправданными, поскольку изменений в червообразном отростке у них нет. Более того, большинство подобных наблюдений трактуется как катаральный простой аппендицит. Больные катаральным аппендицитом составляют 34—50% [1, 17, 31]. Нередко таким пациентам проводится аппендэктомия. Напрасные аппендэктомии ведут к снижению показателя летальности не за счет уменьшения количества умерших, а за счет увеличения числа оперированных. В нашей стране ежегодно производится более миллиона аппендэктомий, после которых умирает около 20 тыс. чел., в т. ч. и оперированные с недеструктивными формами. Летальность же после неоправданных аппендэктомий у больных старческого возраста составляет 11,2% [18]. У лиц, оперированных по поводу простого аппендицита, нагноение послеоперационных ран наблюдалось в 3,2% случаев [44]. В отдаленном периоде боли в животе отмечают 46,7% больных, оперированных по поводу катарального аппендицита, и только 4% — по поводу флегмонозного, гангренозного и