

Анализируя травму почек и мочевыводящих органов на материалах работы отделения сочетанной травмы ЦГБ № 23, можно сделать выводы, что данный вид повреждений относится к тяжелым и в большинстве случаев наблюдается в сочетании с повреждением других органов и систем. По данным авторов (Муравьева В.Б., Савельева В.Е. 1992), летальность при этом виде травмы достигает 21,5%.

Несмотря на хорошие качественные показатели лечения больных данного профиля по сравнению с литературными данными, необходимо совершенствовать диагностику, в частности при травме почки целесообразна компьютерная томография по данным (Муравьева В.Б., Савельева В.Е. 1992). Наряду с установлением факта повреждения почки этот вид диагностики позволит определить характер повреждения, локализацию и протяженность, что повысит количество случаев консервативного лечения почек и органо-сохраняющих операций с удовлетворительным исходом.

Необходимо по возможности обращать внимание на органо-сохраняющие операции, особенно при проникающих ранениях почек с удалением или ушиванием поврежденной части, в том числе и наложением сосудистого шва на сосуды ножки почки.

Также необходимо обращать внимание при ушибах почки, пролеченных консервативно, на место дальнейшего диспансерного наблюдения и лечения больных данного профиля, так как, по литературным данным, развивается вазоренальная гипертензия.

К пятнадцатилетию буркооментоскопии

Козлов И.В., Головко Е.Б.

УрГМА, кафедра хирургических болезней №2, ЦГКБ №1, центр экспериментальной и клинической хирургии, лаборатория медицинского инструментария и криотехнологий при УрО РАН.

По данным В.С. Савельева с соавт. (1996), Wajda Z., et al., (1992). происходит достоверное увеличение деструктивных форм панкреатита. О высоких цифрах летальности (30% и более) при некротическом панкреатите сообщает большое число зарубежных

авторов: Carvalho F.G. et al., 1989, Sons H.U. 1989, Rasslan S. et al., 1990, Sartt M.G., 1991, Schein M., 1991, Buchmann P., Rothlin M., 1992, Karimgani I., 1992, Widdison A. L., Karanja N. D., 1993, Kliwanek S., 1997. Высокая летальность при деструктивном панкреатите, множество взглядов на тактику при нем, а также увеличивающееся количество больных говорят о злободневности этого вопроса и необходимости поиска наиболее рациональных методов лечения.

В нашей клинике разработана система хирургического лечения больных с панкреонекрозом, направленная на ограничение и подавление патологического процесса, на уменьшение травматичности операции, на возможность динамической санации. Ключевым звеном этой системы явились лапароскопическая открытая бурсооментоскопия и динамическая (программированная) бурсооментоскопия, разработанные и внедренные И.В. Козловым в 1984-1985 гг.

Лапаротомия для больных с распространенным панкреонекрозом — очень травматичное вмешательство. Нередко состояние у таких пациентов значительно ухудшается в ближайшем послеоперационном периоде. В 1984 году И.В. Козловым предложен метод лапароскопической открытой бурсооментоскопии. Суть метода в следующем. При лапароскопии определяются показания и противопоказания к лапароскопической бурсооментоскопии, 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. Нами разработаны бурсооментоскопическая техника и инструментарий для выполнения абдоминизации поджелудочной железы, лекарственных блокад парапанкреатической клетчатки, диагностических пункций, методом дистанционных манипуляций. Лапароскопическая бурсооментоскопия позволяет проводить локальную гипотермию с использованием разработанного в нашей клинике баллона специальной конструкции. В своей диссертации 1989 г. И.В. Козлов сообщает о снижении летальности в клинике после внедрения

лапароскопической бурсооментоскопии с 26,9 до 20,4%.

При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией и нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием эррозивных кровотечений. И.В. Козлов в 1985 г. впервые применил контрольно-динамическую бурсооментоскопию с диагностическими и лечебными целями. В течение 15 лет в клинике для санации сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки применяются отсроченные, так называемые программируемые бурсооментоскопические вмешательства, выполняемые через бурсооментостому. При этом проводится смена дренажей, удаление секвестров в параланкреатической клетчатке, вскрытие абсцессов, флегмон и дренирование гнойных затеков.

Анализ отечественных и зарубежных работ показал, что в литературе недостаточно сообщений, где была бы дана детальная оценка применения бурсооментоскопических вмешательств и определено их место в лечении острого панкреатита. Нет работ, в которых сообщалось бы о показаниях и сроках проведения тех или иных оперативных вмешательств на поджелудочной железе и в сальниковой сумке в ходе программируемых санаций после лапароскопической открытой бурсооментостомии.

С 1985 по 1996 гг. через клинику хирургических болезней №2 Уральской государственной медицинской академии прошло 2465 больных острым панкреатитом. Всего оперировано 276 пациентов. Это составило 11,2% от всех поступивших с острым панкреатитом. Только лапароскопия для лечения панкреонекроза выполнена в 57 случаях. При лапароскопии диагноз панкреонекроза ставили лишь при обнаружении абсолютных признаков панкреонекроза: бляшеччатки, наличия геморрагического экссудата в брюшной полости с высокой активностью амилазы. Следует также отметить, что лапароскопия, и тем более бурсооментоскопия, делались нами только при отсутствии эффекта от консервативного лечения у пациентов с резко выраженной клиникой этого заболевания. Мы считаем, что часть пациентов с некротическим панкреатитом, у которых интенсивное консервативное лечение было эффективно, попали в группу отечного панкреатита, так как верификации при лапароскопии или прямом осмотре поджелудочной железы не было.

Лапаротомия и бурсооментостомия применены в 219 случаях. Операций выбора при панкреонекрозе является лапароскопическая открытая бурсооментостомия. Из 219 пациентов это вмешательство

выполнено 156 больным (71,2%). 63 пациента оперированы из лапаротомного доступа (28,7%). Эти вмешательства произведены в случаях ошибочной диагностики или при отсутствии в дежурной бригаде хирургов, владеющих техникой бурсооментоскопии. В исследованную нами группу вошли только 156 больных, которым выполнены лапароскопическая открытая бурсооментоскопия и программируемые вмешательства через лапароскопическую бурсооментостому.

На основании жалоб больного, изучения анамнеза, объективного обследования, данных лабораторного, рентгенологического и даже лапароскопического исследований не всегда удается установить клинико-анатомическую форму панкреатита и тем более рас- пространенность процесса. Это возможно только после осмотра поджелудочной железы и полости малой сальниковой сумки при бурсооментоскопии.

Заболеваемость панкреонекрозом в нашей группе у мужчин – 57 (38,5%), что значительно ниже, чем у женщин 99 (61,5%). Возраст больных был от 19 до 87 лет. Средний возраст составил 62 года. Срок с начала заболевания до момента поступления варьировал от 2 часов до 7,5 суток, в среднем составил 24 часа.

Одной из основных жалоб больных острым панкреатитом при поступлении в стационар является боль, которая отмечалась в 100% случаев. Наибольшая интенсивность болевого синдрома наблюдалась у больных с геморрагическим панкреонекрозом. Рвота была у 95 больных (60,8%), многократная рвота – у 77 пациентов (49,3%).

При поступлении состояние расценено как удовлетворительное лишь у 3 больных (1,9%), средней тяжести – у 35 пациентов (22,4%). В подавляющем большинстве случаев – 118 (75,7%) состояние было тяжелым.

Мы наблюдали тахикардию (пульс больше 90 ударов в минуту) у 136 (87,1%) больных, брадикардию (меньше 60 ударов в минуту) – у 4 (2,5%) пациентов. Снижение систолического артериального давления (ниже 100 мм. рт. ст.) наблюдалось у 20 (12,8%) больных. Гораздо чаще у наших пациентов отмечалось его повышение: до 140-170 мм. рт. ст. у 59 (37,8%), выше 170 мм. рт. ст. у 43 (27,5%).

При поступлении определялись следующие изменения лабораторных показателей:

Количество лейкоцитов крови у больных варьировало от 4,3 до 26,2*10⁹л. Лейкоцитоз (более 9,0*10⁹л) отмечался в 114 случаях

(73,0%), лейкопения (ниже $3,6 \cdot 10^9$ л) наблюдалась у 6 больных из 156 (3,8%). У 14 (8,9%) пациентов содержание лейкоцитов превышало $20 \cdot 10^9$ л.

По нашим данным, при поступлении значения активности амилазы в крови колебались от 12 до 148 г/(л*час). Лишь у 26 больных (16,6%) активность амилазы не превышала норму. У 25 (16,0%) пациентов этот показатель был в пределах от 32 до 64 (г/(л*час)), у 53 (33,9%) – от 64 до 128 (г/(л*час)), у 52 (33,3%) – более 128 (г/(л*час)), то есть в 4 раза превышал норму.

Диапазон изменений содержания глюкозы в крови составлял от 3,2 до 23,1 ммоль/л. У 43 больных (27,5%) отмечено повышение глюкозы крови выше 10,0 ммоль/л.

Большинство наших пациентов имели сопутствующие заболевания, чаще несколько (до 6), которые осложняли течение панкреонекроза. Наиболее часто встречались патология сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта. Желчно-каменная болезнь выявлена у 47 из 156 пациентов (30,1%). Обращает на себя внимание высокий удельный вес больных ожирением (42,3%). Лиц, страдающих алкоголизмом, было 33,9%.

Наибольшее количество авторов для оценки тяжести состояния обращается к шкале Рэнсона (J.H.C. Ranson, 1976, 1981). Она включает в себя критерии, оценку которых можно провести в любой хирургической клинике. Если при подсчете имеется до 3 баллов, течение панкреатита считается легким. При количестве баллов от 4 до 6 – среднетяжелым, а 7 и более – тяжелым. В последнем случае летальность приближается к 100%. У обследованных нами пациентов расчетный показатель Рэнсона колебался от 2 до 9 (таблица 11).

При геморрагическом некрозе поджелудочной железы балл по шкале Рэнсона был выше, чем при жировом. При локальном панкреонекрозе балл по шкале Рэнсона был достоверно ниже, чем при распространенном ($p < 0,05$). Высокий средний балл указывает на тяжесть патологии в анализируемой группе.

С учетом наличия выраженного болевого синдрома, часто встречающихся рвоты, артериальной гипотонии и гипертензии, фактов высокой частоты лейкоцитоза, высокого уровня амилаземии, других изменений лабораторных клинических и биохимических тестов, наличия массивной сопутствующей патологии, можно заключить, что группа больных с панкреонекрозом – одна из самых тяжелых в ургентной хирургии.

Таблица № 11.

Балл по шкале Рэнсона в группах с разными формами панкреонекроза

Распростра- ненность панкрео- некроза	Локальный				Распространенный				Всего			
	Лечилось больных		Балл		Лечилось больных		Балл		Лечилось больных		Балл	
	Формы панкрео- некроза	Кол- во	%	M	m	Кол- во	%	M	m	Кол- во	%	M
Жировой	14	8,9	3,34	0,17	17	10,9	4,39	0,29	31	19,9	4,22	0,24
Геморра- гический	22	14,1	4,33	0,12	103	66,0	4,92	0,13	125	80,1	4,64	0,17
Всего:	36	23,	3,98	0,15	120	76,9	4,83	0,17	156	100	4,51	0,21

Всем больным первым этапом хирургического вмешательства выполнена диагностико-лечебная лапароскопия. Частота выявленных при этом признаков панкреонекроза представлена в табл.12.

Таблица 12.
Частота различных лапароскопических признаков панкреонекроза

Признаки	Количество наблюдений	%
Гиперемия брюшины	147	94,2
Бляшки стеатонекроза	122	78,2
Отекение желудка	38	24,3
Напряженный желчный пузырь	41	26,3
Серозный выпот	29	18,5
Геморрагический выпот	117	75,0
Желчный выпот	19	12,1
Геморрагическая имбибиция	62	39,7
Отек связок и забрюшинной клетчатки	151	96,7
Отек большого сальника	56	35,8
Отек малого сальника	68	43,5
Повышение уровня амилазы выпота	117	75,0

Большое значение для диагностики панкреатита имело экстренное биохимическое исследование перitoneального выпота. Из 135 случаев острого панкреатита, в которых брался экссудат из брюшной полости, в 117 (75,0%) отмечались высокие значения активности амилазы.

У большинства больных с панкреонекрозом были диагностированы различные формы перитонита. По нашим наблюдениям, наиболее часто в брюшной полости выпот скапливался в области ворот печени, по правому флангу живота и ворот селезенки. Во время лапароскопической санации у больных с тяжелым деструктивным панкреатитом удалялось большое количество токсического экссудата (до 1800 мл).

Проведение перед операцией диагностической и лечебной лапароскопии позволяет исключить необходимость широкой ревизии смежных органов и выполнить элиминацию панкреатогенного экссудата, наложить холецистостому, установить дренажи и пр.

В связи с невозможностью осмотра во время лапароскопии

поджелудочной железы и органов малой сальниковой сумки, возможны различные диагностические ошибки в определении формы и степени распространенности патологического процесса, как в железе, так и в близлежащих органах. Кроме того, при лапароскопии отсутствует возможность прямого (локального) воздействия на очаг поражения (эвакуация экссудата из сальниковой сумки, введение лекарственных веществ в парапанкреатическую клетчатку, проведение абдоминизации, криодеструкции поджелудочной железы и локальной гипотермии и т.д.).

Использование метода, сочетающего в себе малую травматичность лапароскопии и позволяющего выполнять при этом различные патогенетически обоснованные способы локального воздействия на пораженный орган в большинстве случаев, применявшимся ранее во время лапаротомии, является обоснованным и улучшает результаты диагностики и лечения острого панкреатита. Бурсооментоскопия, по нашему мнению, более других методов соответствует поставленным задачам.

В отличие от лапаротомии, при бурсооментоскопии из-за небольших размеров операционной раны значительно уменьшается объем разрушаемых при пересечении и мобилизации тканей. Снижение травматичности вмешательства также способствует то, что лапароскопическая открытая бурсооментоскопия позволяет избежать мануальной ревизии брюшной полости. Благодаря этому в послеперационном периоде меньше нарушаются функции внешнего дыхания, сердечно-сосудистой системы, снижается частота возникновения парезов желудочно-кишечного тракта, воспалительных явлений в ране и других осложнений.

В ходе проведения открытой бурсооментоскопии использовался специально разработанный и изготовленный И. В. Козловым (1986) инструментарий. Для доступа в сальниковую сумку и подъема передней стенки желудка применяются зеркала, которые имеют 2 части: корпус и осветительную или аспирационную систему, которые позволяют осуществлять непрерывное отсасывание выпота или дыма при электро-коагуляции. Корпус инструмента состоит из клинка и рукоятки, расположенной под углом 90 градусов к хорде радиуса клинка. Клинок представляет собой изогнутый желоб, радиус поперечного сечения которого равен 13-15 мм, а радиус изгиба по ребру—140-180 мм. Длина рабочей части инструмента составляет 110-170 мм. Чаще использовался набор из 2 зеркал: зеркало-клиник в форме, описанной выше и зеркало-осветитель.

В результате проведения диагностической бурсооментоскопии получены следующие данные по форме и распространенности панкреонекроза (см. табл. 13).

Морфологические формы и распространенность панкреонекроза

Таблица 13.

Распространенность панкреонекроза	Локальный		Распространенный		Всего	
	Лечилось больных	%	Лечилось больных	%	Лечилось больных	%
Формы панкреонекроза						
Жировой	14	8,9	17	10,9	31	19,9
Геморрагический	22	14,1	103	66,0	125	80,1
Всего:	36	23,0	120	76,9	156	100

Геморрагический панкреонекроз встречался в 4 раза чаще, чем жировой, а распространенные формы поражения—в 3 раза чаще, чем локальные. Таким образом, в нашей группе превалировали наиболее тяжелые формы заболевания.

При бурсооментоскопии производились различные хирургические вмешательства (таблица 14).

Часто панкреатогенный выпот инфильтрировал забрюшинную клетчатку вокруг верхнебрыжеечной артерии, в переднем параснальном пространстве слева, кнаружи и кзади от хвоста желчесы, в верхнем кармане большого сальника. При распространенном панкреонекрозе с вовлечением в процесс парапанкреатической клетчатки выполнялись абдоминизация с установкой широкопросветного Т-образного латексного дренажа под железу, катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии, введение баллона для гипотермии. При поражении обширных клетчаточных пространств производились люмботомии (справа и слева при бурсооментоскопии — под двойным контролем, с установкой сквозного широкопросветного латексного дренажа).

Таблица 14.

Лечебные вмешательства при бурсооментоскопии

Вид вмешательства	Количество	%
Вскрытие брюшины над скоплением экссудата	2	1,3
Абдоминизация	99	63,5
Криодеструкция	13	8,3
Катетеризация забрюшинной клетчатки	12	7,7
Установка баллона для локальной гипотермии	51	32,7
Катетеризация правой желудочно-сальниковой артерии	17	10,9
Люмботомии	12	7,7
Дренирование сальниковой сумки	155	99,3
Всего	310	

Следующим этапом хирургического лечения панкреонекроза по методу Козлова является проведение программируемых санационных вмешательств через лапароскопически сформированную бурсооментостому. В нашей группе было проведено 879 таких операций.

В целях облегчения проведения вмешательств с 1996 г. применяются специально сконструированные устройства со световодом и упорной площадкой для приближения передней брюшной стенки к задней поверхности живота и уменьшения глубины операционного доступа (патент №95115437/14(026350)).

Эти устройства состоят из рабочей части и рукоятки. Рабочая часть представляет собой пластину прямоугольной формы. Пластины выполняются 3-х размеров: 110x30, 90x30 и 60x30 мм. Рукоятка жестко крепится к рабочей части устройства под углом 20 градусов к передней брюшной стенке. Расположение рукоятки под таким углом позволяет при надавливании на нее приближать переднюю брюшную

стенку к оперируемому органу, не препятствуя манипуляциям в ране.

Одновременно рабочей частью ретрактора отводятся окружающие ткани. Всё элементы устройства выполнены из нержавеющей стали. На рабочей части ретрактора жестко закреплен волоконный световод, улучшающий освещенность операционного поля и полая металлическая трубка для удаления из раны дыма, образующегося при диатермоЭлектроагуляции.

Применение разработанного и изготовленного в нашей клинике инструментария резко повышает диагностические и лечебные качества метода за счет того, что все этапы операции производятся под непосредственным визуальным контролем и не исключают возможности применения многочисленного стандартного медицинского инструмента.

Во время проведения динамических осмотров сальниковой сумки необходимо соблюдать определенный порядок осмотра, что сокращает время и предупреждает диагностические и тактические ошибки. При этом необходимо использовать как прицельный, так и панорамный обзор органов сальниковой сумки.

При благоприятных условиях во время бурсоентомоскопических процедур удается осмотреть всю поджелудочную железу и выполнить большой объем вмешательств.

Одну ревизию сальниковой сумки необходимо делать всем пациентам. На основании многолетнего опыта оптимальным сроком для ее проведения считаем 4-6 сутки после первичной операции, при условии отсутствия кровотечения или массивного гнойного процесса в сумке. За этот срок формируется герметичный канал в сальниковую сумку, исключающий распространение инфицированного материала из нее в брюшную полость. Основной задачей первой ревизии является оценка локализации и объема некротического поражения. К 4-6 суткам четко определяется граница демаркации в необратимо поврежденных тканях, что делает их хорошо отличимыми от жизнеспособных. К этому же сроку начинают формироваться гнойные очаги в поджелудочной железе, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке. Тщательно проводимое исследование позволяет их своевременно выявлять. При первой ревизии устанавливаются показания для проведения повторных вмешательств.

Количество программированных санаций сальниковой сумки, выполненных у одного пациента, достигало 21. Количество программированных санаций сальниковой сумки было большим при геморрагическом панкреонекрозе, чем при жировом (разница данных

для распространенных панкреонекрозов достоверна ($P<0,05$). Также достоверно, что большее количество программированных санаций сальниковой сумки было у пациентов с распространенным панкреонекрозом, чем с локальным (для жирового и геморрагического панкреонекроза $P<0,02$).

При программируемых вмешательствах через бурсооментостому выполнялись следующие диагностические и лечебные манипуляции (табл. 15).

Таблица 15.

Диагностические и лечебные вмешательства, выполненные при бурсооментоскопии

Вид вмешательства	Количество	%
<u>Разделение сращений</u>	10	0.5
<u>Удаление выпота</u>	856	45.8
<u>Удаление грубых наложений фибрин</u>	262	14.0
<u>Пункция для выявления гнойников</u>	16	0.8
<u>Вскрытие гнойников</u>	34	1.8
<u>Дренирование гнойников</u>	14	0.7
<u>Дренирование гнойных затеков</u>	71	3.8
<u>Остановка кровотечений</u>	19	1.0
<u>Некрэктомия</u>	4	0.2
<u>Секвестрэктомия</u>	384	20.5
<u>Всего</u>	1866	100

Количество манипуляций на одного больного составило в среднем 11,9.

Многие авторы сообщают о больших технических сложностях операций при панкреонекрозе с секвестрацией. Мы выделяем три стадии секвестрационного процесса в некротизированных тканях. Первая стадия это фаза завершения демаркации, визуализируется при появлении четких границ некротически измененных тканей. Эта стадия обычно заканчивается к 4-6 суткам. Вторую стадию (6-12 сутки) характеризует фрагментация тканей и начало формирования полостей по периферии некроза, в исходе этой стадии некротический фрагмент остается фиксированным лишь на тонких нитевидных тканях. Последняя стадия секвестрации — формирование свободно-лежащего

секвестра. Она начинается с 12-14 суток и может продолжаться до 2 мес.

Секвестрэктомии следует проводить на последней стадии формирования секвестров. Особую тщательность необходимо соблюдать при удалении секвестров в зоне прохождения селезе-ночной вены и в зоне ее слияния с брыжеечной веной.

Количество секвестров, удаленных у одного пациента, достигало 11. Во время одной ревизии удалялось до 4 крупных секвестров.

При описании секвестров и секвестрэктомий мы учитывали лишь фрагменты нежизнеспособных тканей, размеры которых превышали 1,0-1,0-1,0 см. Так называемая «крошковидная» секвестрация встречалась значительно чаще. Размеры удаленных нами фрагментов секвестрированных тканей достигали 14-5-3 см, вес достигал 136 гр. Секвестрэктомий называли ревизию сальниковой сумки, при которой удалялись один или несколько секвестров. Среднее количество секвестрэктомий в группах с различными формами панкреонекроза приведено в таблице 16.

Таблица 16.

Среднее количество секвестрэктомий в группах с различными формами панкреонекроза

Распространенность панкреонекроза	Локальный				Распространенный				Всего			
	Лечилось больных		Секвестрэктомии		Лечилось больных		Секвестрэктомии		Лечилось больных		Секвестрэктомии	
Формы панкреонекроза	Кол-во	%	M	m	Кол-во	%	M	m	Кол-во	%	M	m
Жировой	14	8,9	1,55	0,19	17	10,9	2,42	0,34	31	19,9	1,42	0,29
Геморрагический	22	14,1	1,69	0,1	103	66,0	4,04	0,32	125	80,1	2,75	0,22
Всего:	36	23,0	1,63	0,18	120	76,9	3,83	0,29	156	100	2,47	0,14

При геморрагическом некрозе количество удаленных секвестрирующих фрагментов железы и парапанкреатической клетчатки было в 1,5 раза больше, чем у больных с жировым некрозом, данные статистически достоверны у пациентов с распространенными формами ($P<0,05$). Наибольшее количество удаленных секвестрирующих фрагментов железы и парапанкреатической клетчатки было у больных с распространенным панкреонекрозом. Распространенный панкреонекроз более чем в 2 раза чаще приводит к секвестрации тканей, чем локальный.

Многие авторы считают длительность пребывания в отделении реанимации показателем тяжести патологии. Parc R., et al., (1989), Rasslan S., et al., (1990), Orlando R. 3d., (1993) определили, что время пребывания в отделениях интенсивной терапии составляет до 50 дней. У наших пациентов сроки лечения в реанимационно-анестезиологическом отделении достигали 30 суток.

Больные с геморрагическим некрозом находились в реанимационных отделениях дольше, чем с жировым. В наибольших сроках лечения в реанимационном отделении нуждались пациенты с распространенными формами панкреонекроза.

Hurtado Andrade H., et al 1992., приводит следующие данные о длительности госпитализации при панкреонекрозе — средняя продолжительность госпитализации 567 дней. По данным Fenton Lee D., Imrie C. W. 1993., средняя продолжительность госпитализации — 74 дня (40-150 дней).

Сроки пребывания в стационаре у наших пациентов колебались от 3 до 192 суток. Длительность госпитализации у больных с геморрагическим панкреонекрозом была выше, чем при жировом. Средний срок пребывания был большим при распространенных формах панкреонекроза и составил 46,3 суток.

В ходе осуществления плановых буркооментоскопических вмешательств мы наблюдали следующие осложнения острого панкреатита (табл. 17).

Наиболее часто отмечались гнойные осложнения: гнойный оментобурсит — 101 больной (64,7%), абсцессы — 23 пациента (14,7%), флегмоны — у 11 человек (7%). Благодаря интенсивным динамическим санациям из этой группы умер лишь один больной. У 26 пациентов (16,6%) наблюдалась полиорганская недостаточность. Несмотря на малую травматичность вмешательств полиорганская недостаточность явилась причиной смерти 10 человек (6,4%). Интерес представляют аррозивные кровотечения, отмеченные у 14 больных (8,9%). У 12 из

них при бурсооментоскопических вмешательствах с кровотечениями удалось справиться.

Таблица 17.

Характер осложнений панкреонекроза

Осложнения	Всего		Умерло	
	Кол-во	% (n=156)	Кол-во	% (n=156)
Аррозивные кровотечения	14	8,9	2	1,3
Флегмоны	11	7,0	1	0,6
Абсцессы	23	14,7	—	—
Свищи поджелудочной железы	12	7,7	—	—
Гнойный оментобурсит	101	64,7	—	—
Дуоденальная непропускимость	3	1,9	—	—
Массивный некроз стенки желудка и двенадцатиперстной кишки	2	1,3	1	0,6
Некроз ободочной кишки	1	0,6	—	—
Мезентериальный тромбоз	1	0,6	1	0,6
Панкреатогенный шок	12	7,7	3	1,9
Тромбоэмболия легочной артерии	4	2,5	2	1,3
Обширная пневмония	12	7,7	2	1,3
Полиорганская недостаточность	26	16,6	10	6,4
Сепсис	7	4,4	—	—
Астматический статус	1	0,6	1	0,6

Вообще, местные осложнения, в связи с возросшими возможностями диагностики и санации, протекали значительно легче.

Имеется выраженная зависимость летальности от формы панкреатита и распространенности процесса. Летальных исходов при жировом панкреонекрозе с локальным поражением ткани железы мы не наблюдали. Один летальный исход при локальном геморрагическом панкреонекрозе был обусловлен развитием тотальной гангрены тонкой кишки на фоне тромбоза мезентериальных сосудов. Мы считаем, что при правильном ведении послеоперационного периода у больных с локальным панкреонекрозом количество летальных исходов можно свести к минимуму.

У пациентов с распространенным панкреонекрозом при значительном объеме секвестрации некротизированных тканей и связанными с этим тяжелыми местными и системными осложнениями — процент летальных исходов более высок. При распространенном жировом панкреонекрозе умерло двое больных из 31. В первом случае причиной летального исхода было прогрессирование гнойно-некротического процесса с формированием обширной забрюшинной флегмоны, во втором — тяжелая дыхательная недостаточность на фоне астматического статуса.

В группе с распространенным геморрагическим панкреатитом секвестрация тканей наблюдалась более чем в 1,5 раза чаще, чем при распространенном жировом некрозе поджелудочной железы, что свидетельствует о более тяжелом характере повреждения тканей при геморрагической форме поражения. С этим было связано большее количество повторных вмешательств и более тяжелое течение заболевания — из 103 пациентов погибло 19. Вся летальность при жировом панкреонекрозе составила 6,4%, при геморрагическом 16%, общая летальность 14,1%.

Таким образом, применение бурсооментоскопии в хирургическом лечении панкреонекроза позволяет полноценно контролировать течение гнойно-некротического процесса в самой железе и парапанкреатической зоне. Динамическая интраоперационная диагностика распространенности некротического процесса в паренхиме поджелудочной железы и окружающей клетчатке позволяет определить оптимальный выбор сроков проведения и объема санационных вмешательств. В ходе программированных бурсооментоскопических ревизий сальниковой сумки у больных с панкреонекрозом удается зачастую удалить все некротически измененные ткани и добиться купирования гнойно-воспалительного процесса.

Применение для лечения деструктивного панкреатита мало-

травматических бурсооментоскопических вмешательств с первичными и повторными операциями из минилапаротомного доступа в сальниковую сумку позволяет снизить количество осложнений, уменьшить сроки лечения пациентов в отделениях интенсивной терапии и сроки пребывания в стационаре. Благодаря дальнейшему усовершенствованию программируемых санаций сальниковой сумки у больных панкреонекрозом после лапароскопической открытой бурсооментоскопии летальность удалось снизить с 20,4% (И.В. Козлов, 1989 г.) до 14,1% (наши данные).

В настоящее время бурсооментоскопия широко применяется в ведущих клиниках г. Екатеринбурга (ГКБ СМП, МуГБ №14). В настоящее время готовится серийный выпуск инструментов для бурсооментоскопических операций, на базе клиники профессора В.А. Козлова проводится обучение врачей нашему методу.

V. СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ

Клиническая характеристика сочетанных повреждений в специализированном хирургическом стационаре

Лебедев В.В., Стэльмах К.К.

В последнее десятилетие наметилась тенденция к увеличению тяжелой сочетанной травмы, частота которой в структуре повреждений возросла до 28%.

Сообщение основано на результатах анализа 476 наблюдений пострадавших с различной тяжестью сочетанных повреждений, лечившихся в отделении торакоабдоминальной травмы 23 ЦГБ в 1997-1998 годах. Наиболее часто встречались повреждения груди (переломы ребер, ушиб, повреждения легких, гемо-пневмоторакс, ушиб сердца); черепно-мозговая травма (ЧМТ – сотрясение головного мозга, переломы черепа, ушибы головного мозга, внутричерепные гематомы); торакоабдоминальные ранения; тупая травма живота (ТТЖ с повреждением органов брюшной полости и забрюшинного