

Експериментальна
і клінічна

МЕДИЦИНА



1999 № 3

18



05

ХАРКІВСЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

ХАРКІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Експериментальна
і клінічна**

МЕДИЦИНА



**Экспериментальная
и клиническая**

МЕДИЦИНА

ХИРУРГИЯ

1999 № 3

Харківський державний
медичний університет
Бюро з видавництва

До дому на видавництва
ХДМУ

Номер присвячений 60-річчю від дня народження і 35-річчю педагогічної, наукової та громадської діяльності завідувача кафедри хірургічних хвороб Харківського державного медичного університету, Заслуженого діяча науки і техніки України, Лауреата Державної премії України, доктора медичних наук, професора Володимира Івановича Лупальцова.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

А. Я. ЦИГАНЕНКО — ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

В. В. Бойко — заступник головного редактора

М. В. Кривонос — заступник головного редактора

В. О. Сипливий — відповідальний редактор

О. Ю. Степаненко — виконавчий редактор

Редактор випуску І. А. Дехтярук

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Бобін В. В. (Харків)

Возіанов О. Ф. (Київ)

Волошин П. В. (Харків)

Грищенко В. І. (Харків)

Губський Ю. І. (Київ)

Дубенко Є. Г. (Харків)

Жуков В. І. (Харків)

Зайцев В. Т. (Харків)

Клименко М. О. (Харків)

Корж М. О. (Харків)

Куцевляк В. І. (Харків)

Латогуз І. К. (Харків)

Лупир В. М. (Харків)

Мала Л. Т. (Харків)

Одинець Ю. В. (Харків)

Пилипенко М. І. (Харків)

Приходько В. С. (Харків)

Рузін Г. П. (Харків)

Скрипніков М. С. (Полтава)

Хвисюк М. І. (Харків)

Хворостинка В. М. (Харків)

Черних В. П. (Харків)

Яковцова А. Ф. (Харків)

Яворський В. С. (Харків)

Рецензенти: д. м. н., професор В. К. Гусак,
д. м. н., професор А. П. Радзиховський

ЮБИЛЕЙ



ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ ЛУПАЛЬЦОВ

(К 60-летию со дня рождения)

8 сентября 1999 г. исполняется 60 лет со дня рождения и 35 лет научной и практической деятельности заведующего кафедрой хирургических болезней Харьковского государственного медицинского университета, Заслуженного деятеля науки и техники Украины, Лауреата Государственной премии Украины, доктора медицинских наук, профессора Владимира Ивановича Лупальцова.

Лупальцов В. И. родился 8 сентября 1939 года в г. Харькове. Во время войны семья переезжает в с. Алексеевка Харьковской области. Рано оставшись без отца, он одновременно с учебой в школе помогает матери в хозяйстве, где познает цену тяжелого, не детского труда на селе. С успехом закончив десятилетку в с. Алексеевка, он пошел работать в 1957 г. на ХТЗ в чугунолитейный цех формовщиком.

В 1958 г. В. И. Лупальцов поступает на 1-й курс Харьковского медицинского института. За годы обучения принимает активное участие в общественной жизни и студенческом научном обществе. Ленинский стипендиат. После окончания института (1964 г.) плодотворно работает хирургом Орельской участковой больницы Лозовского района Харьковской области и за три года овладевает широким диапазоном оперативных вмешательств у больных с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, экстренными оперативными вмешательствами

при различных гинекологических заболеваниях, а также разнообразными оперативными вмешательствами при травматических повреждениях костно-мышечной системы. Молодому хирургу, несмотря на загруженность, интересно все, он принимает активное участие в выездных заседаниях Харьковского областного хирургического общества в г. Лозовая Харьковской области.

Необходимость повышения своего научного и профессионального уровня приводит Владимира Ивановича в 1967 г. в Харьковский научно-исследовательский институт общей и неотложной хирургии, где он на протяжении трех лет под руководством профессора А. А. Шалимова учится в аспирантуре. В 1970 году им подготовлена и успешно защищена кандидатская диссертация на тему: «Функциональное состояние и пути коррекции нарушений внешнего дыхания и гемодинамики малого круга кровообращения в ранних стадиях ожоговой болезни».

С 1970 по 1976 г. работает ассистентом кафедры госпитальной хирургии Харьковского медицинского института. За этот период под руководством хирургов-новаторов А. А. Шалимова, В. Т. Зайцева и других он овладевает широким диапазоном оперативных вмешательств на органах брюшной и грудной полостей, сосудах, гнойной хирургии. Большую лечебную и научную работу он успешно объединяет с общественной деятельностью.

С 1976 по 1983 г. В. И. Лупальцов — доцент кафедры госпитальной хирургии, успешно проводит лечебно-консультативную работу в отделении патологии печени и поджелудочной железы Харьковского института общей и неотложной хирургии, который является базой кафедры. Им написано 35 научных работ на актуальные темы хирургии. Изучение неудовлетворительных результатов лечения острого послеоперационного панкреатита и невыясненные вопросы этиологии и патогенеза этого тяжелого осложнения в послеоперационном периоде побудили его углубленно заняться этой проблемой. Владимир Иванович проводит клиничко-экспериментальное исследование по изучению этиопатогенеза острого послеоперационного панкреатита, занимается вопросами его профилактики и лечения. Научный поиск, накопленный интересный материал по данной проблеме требовали логического завершения и оформления, чем и стала защита докторской диссертации на тему: «Острый послеоперационный панкреатит» (1982 г.). В ней впервые четко сформулированы данные по клинике, диагностике и лечебной тактике данного тяжелого осложнения.

После утверждения ВАКом диссертации в 1983 г. В. И. Лупальцов возглавил кафедру хирургических болезней Харьковского государственного медицинского института. В настоящее время этот коллектив расширяет диапазон научных проблем, продолжает научный поиск и достойно решает текущие задачи с коллективом хирургической клиники.

Блестящий талант хирурга разрешил профессору В. И. Лупальцову внедрить в клиническую практику органосберегающие операции: при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, радикальные оперативные вмешательства на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, на поджелудочной железе и прочие.

Его научные исследования имеют прямое отношение к проблемам диагностики и лечения острого панкреатита и его осложнений. Монография на тему: «Острый послеоперационный панкреатит» (1988 г.) стала настольной книгой хирургов.

За разработку вопросов лечения больных острым панкреатитом и широкое внедрение новейших технологий по диагностике и лечению профессору В. И. Лупальцову в содружестве ученых в 1989 г. была присуждена Государственная премия УССР, а в 1996 г. за плодотворную научную работу присвоено звание Заслуженного деятеля науки и техники. В его арсенале больше чем 220 научных работ, 3 авторских свидетельства, он является «Заслуженным изобретателем СССР». Под его ру-

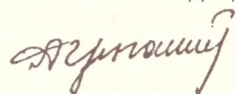
ководством защищено 6 кандидатских диссертаций, написаны разделы в монографиях: «Неотложная хирургия брюшной полости», «Клиническая фармакология», в 1993 году совместно с профессором В. А. Бондаренко издана монография «Острый аппендицит», а в 1999 году издано учебное пособие — руководство для студентов медицинских вузов «Элементы общего ухода за больными в хирургическом стационаре».

В. И. Лупальцов признанный авторитет среди специалистов-хирургов. Он принимает активное участие в работе международных конгрессов хирургов, конференциях, симпозиумах, отечественных съездах, является членом правления Украинского научного общества хирургов и редакционного совета журнала «Клиническая хирургия», неоднократно являлся ответственным редактором сборников научных работ по хирургии Харьковского государственного медицинского университета (института) в 1990, 1991, 1993, 1998 и 1999 гг., издавал глубокие по содержанию научные труды: «Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости», «Актуальные вопросы хирургии печени, внепеченочных желчных путей и поджелудочной железы». Под его руководством проведено три областных научно-практических конференции с изданием тезисов.

Профессор В. И. Лупальцов занимает активную жизненную позицию. Он член правления Харьковского областного научного общества хирургов, член ассоциации хирургов им. Н. И. Пирогова и Международной ассоциации хирургов-гепатологов. Более 10 лет является председателем Харьковского областного отделения Фонда мира Украины.

В канун юбилея Владимиру Ивановичу есть чем гордиться, он создал прекрасный коллектив, который гордится им и с удовольствием с ним работает, он посеял зерно на научной ниве и имеет достойный урожай, Бог дал ему золотые руки, благодаря которым он имеет исцеленных пациентов. Наконец, он счастлив в семье, и как результат этого счастья — дети и внучка. Свой юбилей В. И. Лупальцов встречает в расцвете сил, преисполненный творческого вдохновения и замыслов. Желаю ему доброго здоровья, больших творческих успехов в его дальнейшей многогранной работе.

С уважением
главный редактор журнала,
ректор Харьковского государственного
медицинского университета



академик
А. Я. ЦЫГАНЕНКО

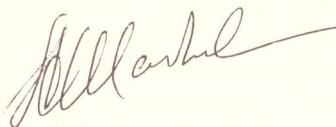
ВЛАДИМИРУ ИВАНОВИЧУ ЛУПАЛЬЦОВУ

Юбилеи бывают разные. Шестьдесят — не итог, а только этап большого жизненного и творческого пути.

Зная Владимира Ивановича Лупальцова на протяжении многих лет, наблюдая за его становлением, творческим и профессиональным ростом, по праву горжусь таким учеником. Талантливый ученый, замечательный хирург и педагог, организатор и общественный деятель, он внес большой вклад в развитие здравоохранения Украины и Слобожанщины. Его человеческие качества снискали любовь и уважение коллег, учеников, больных. Широчайшей души человек, он дарит друзьям и близким приятные и незабываемые минуты общения с ним.

Дорогой Владимир Иванович! Шестьдесят в масштабе Вселенной — только один шаг, сделайте еще несколько шагов и пусть они будут не менее плодотворными. От всего сердца желаю Вам пройти их в добром здравии, радости, осознании необходимости своего сложного и так необходимого людям труда, в кругу тех, кто Вас любит, понимает, верит и уважает.

Главный хирург Украины,
Герой Социалистического Труда,
академик
А. А. ШАЛИМОВ



ПУТИ РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

В. И. Лупальцов

Заболевания поджелудочной железы продолжают оставаться одними из наиболее распространенных. Важное место среди них занимают воспалительные ее поражения, среди которых особое место отводится острому панкреатиту. Вместе с тем даже широкое внедрение в клиническую практику новейших диагностических технологий на протяжении многих лет далеко не изменяют результаты лечения, что, с одной стороны, требует их дальнейшего совершенства, а, с другой — диктует необходимость продолжить поиск совершенствования патогенетически обоснованной лечебной тактики.

Нами проведен анализ свыше 2500 больных с различными заболеваниями поджелудочной железы, при которых выполнено более 350 оперативных вмешательств. Результаты анализируемого материала показывают, что в диагностике патологических изменений со стороны поджелудочной железы важное значение имеют разработка и широкое внедрение в клиническую практику инструментальных методов, возможности которых на протяжении десятилетий заметно совершенствовались. В клинике широко использовались рентгеноконтрастные методы исследования (внутривенная и чреспеченочная холецистохолангиография, дуоденография в состоянии гипотонии, целиакомезентерикография), возможности которых мы считали большими, однако их дополнение в 70-х годах внедрением эндоскопических методов (фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная панкреатография) еще больше расширили их диагностические возможности. Однако существенные недостатки, обусловленные, с одной стороны, техническими сложностями их выполнения, а с другой — зачастую нежелательными осложнениями при их выполнении, сдерживают их применение. В последнее время широкое внедрение в клиническую практику получили малоинвазивные методы исследования, такие как УЗИ и компьютерная томография. С их помощью клиницисты смогли получить наиболее полное представление не только о состоянии паренхимы поджелудочной железы и ее протоковой системы, но и о состоянии органов прилежащих к ней — печени, желчных протоков, парапанкреатической ткани. На их основании стала возможной диагностика различных форм хронического панкреатита и разных форм рака поджелудочной железы. Однако, как показывает практика, и их широкие диагностические возможности заметно не повлияли на результаты лечения.

Касаясь проблемы лечения острого панкреатита, также необходимо заметить, что лечебная тактика при нем на протяжении последних десятилетий неоднократно изменялась от резко хирургически активной до консервативной. На наш взгляд, объяснение неудовлетворительных результатов лечения этого контингента больных следует искать в недостаточной осведомленности хирургов о глубоких нарушениях патофизиологических процессов, происходящих в организме больных острым панкреатитом и в поджелудочной железе.

Нами проанализированы результаты лечения 536 больных острым панкреатитом, из которых у 179 течение заболевания осложнилось эндогенной интоксикацией средней и тяжелой степени. Согласно нашим данным, одним из ведущих факторов в развитии острого панкреатита являются гемодинамические нарушения, в основе которых лежат расстройства микроциркуляторного русла и реологических свойств крови. Именно изменения указанных факторов в той или иной степени активизируют патобиохимические процессы, в том числе и протеолитическую систему ферментов поджелудочной железы, ее калликреиновую систему и систему ферментативного фибринолиза, приводя в тяжелых случаях к развитию синдрома дессиминированного внутрисосудистого свертывания.

Придерживаясь консервативной тактики лечения этого контингента больных, считаем, что оно должно проводиться в условиях палаты интенсивной терапии после установления диагноза, где после катетеризации центральной вены (как правило, это подключичная) измеряется ЦВД и устанавливается катетер для измерения почасового диуреза. С учетом наших взглядов на этиопатогенез острого панкреатита наши лечебные мероприятия направлены не на воздействие на местный патологический процесс, а на устранение основной причины гемодинамических нарушений, восстановление реологических свойств крови, купирование болевого синдрома, интоксикации и ферментеризации.

Используемый в клинике комплекс взят за основу при назначении консервативной терапии. Больным с признаками перитонита в день поступления на фоне проводимой интенсивной терапии осуществляем лечебно-диагностическую лапароскопию. Проведение такой манипуляции позволяет не только подтвердить диагноз, но и удалить экссудат из брюшной полости, определить в нем содержание амилазы, подвести ниппельный кате-

тер в брыжейку поперечно-ободочной кишки с целью постоянной ее инфильтрации новокаином, антибиотиками и глюкокортикоидами, а также осуществление дренирование брюшной полости. Показанием к лапаротомии является ферментативный панкреатогенный перитонит, вследствие панкреонекроза с вторичным холециститом и явлениями желтухи.

В вопросах хирургической тактики мы являемся сторонниками «закрытых» и резекционных методов, наиболее приемлемыми из которых являются дренирование сальниковой сумки полихлорвиниловой трубкой с микроирригатором внутри, через винслово отверстие или через люмботомный разрез слева. При выявлении деструктивных изменений в стенке желчного пузыря производим холецистэктомию и дренирование холедоха. Если стенки желчного пузыря деструктивно не изменены, операция заканчивается разгрузочной холецистостомией с дренированием подпеченочного пространства перчаточнотрубочным дренажем или брюшной полости через отдельные контрапертуры по фланкам.

Показанием к применению резекционных методов является локальный и диффузный гнойный панкреатит и парапанкреатит. Хирургическое пособие при гнойных осложнениях (абсцесс сальниковой сумки, нагноившаяся псевдокиста, гнойный плеврит, забрюшинная флегмона) сводится к общепринятой хирургической тактике, заключающейся в адекватном дренировании гнойного очага.

Методом выбора хирургического пособия при хроническом панкреатите с расширенным главным панкреатическим протоком считаем оптимальным наложение продольного панкреатоюноанастомоза, другие оперативные вмешательства при хроническом панкреатите нами не выполнялись, поэтому судить о них у нас нет оснований.

Основным способом хирургического лечения парапанкреатических псевдокист считаем операции внутреннего дренирования, выполняя при этом чаще цистоюноанастомоз с заглущкой приводящей петли в модификации А. А. Шалимова.

Опухолевые поражения поджелудочной железы продолжают оставаться одним из наиболее трудных разделов абдоминальной хирургии.

Высокая летальность и малоутешительные результаты их лечения, на наш взгляд, как и высказывания других авторов заключаются в трудностях их диагностики, когда, казалось бы, при небольших и операбельных опухолях уже имеются отдаленные метастазы, что и сдерживает многих хирургов от выполнения радикальных оперативных вмешательств. Второй «ахиллесовой пятой» считаем выбор способа обработки культы поджелудочной железы. Нами выполнено 35 панкреатодуоденальных резекций с формированием анастомоза между протоком поджелудочной железы и тонкой кишкой, частота различных осложнений составила 27%, со средней продолжительностью жизни от 1,2 года до 3,5 лет.

Таким образом, проведенный нами анализ результатов лечения больных с заболеваниями поджелудочной железы согласуется с данными других ведущих специалистов в области панкреатологии и дает основание считать, что перспективным направлением в улучшении результатов лечения следует считать концентрацию больных как с острым панкреатитом, так и с другими хирургическими заболеваниями поджелудочной железы в специализированных отделениях и центрах, где имеются возможности для проведения углубленного инструментального обследования больных, изучения механизмов развития заболевания, разработки новых патогенетически обоснованных схем лечения, внедрения эффективных оперативных вмешательств и проведения их в соответствующих условиях. Здесь совершенно уместно подчеркнуть слова известного польского ученого Яна Ошацкого, который писал, что даже самая высокая техника без соответствующей теоретической базы, без знакомства с вопросами патофизиологии и соответствующего лечения больного становится малоэффективной — хороших результатов хирургического лечения можно добиться лишь тогда, когда при соответствующих показаниях и правильном операционном решении вопроса больной будет соответствующим образом подготовлен к операции и послеоперационный период будет рационально проведен. Только при таком подходе к больным как с острыми, так и хроническими заболеваниями поджелудочной железы можно рассчитывать на прогресс в сложной панкреатологической проблеме завтра.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ ВАГОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю. В. Артемов

г. Симферополь

В настоящее время селективная проксимальная ваготомия (СПВ) считается основным, наиболее обоснованным с патофизиологической точки зрения, методом хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, 1987; Ю. М. Панцырев, 1988). Это вполне обоснованное мнение не подвергается сомнению, но накопленный опыт свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения предопределяются не только правильным выбором основного метода операции, но и дополняющих ее вариантов корригирующих пособий. В целом ряде случаев СПВ не может быть выполнена в изолированном виде, а ее следует сочетать с пилоро- или дуоденопластикой. В этой связи представляют значительный интерес особенности влияния каждой из этих дополнительных операций на функцию желудочно-кишечного тракта и процессы пищеварения в целом.

В данном сообщении представлен анализ результатов СПВ в изолированном виде (СПВиз) у 96 больных, СПВ с пилоропластикой (СПВ+ПП) у 38 пациентов и СПВ с дуоденопластикой (СПВ+ДП) у 52 оперированных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Показанием к применению СПВ в изолированном виде считали случаи пилородуоденальных язв с высокой секрецией соляной кислоты (но не более 60 ммоль/ч) при отсутствии грубых морфологических изменений в антрально-пилорическом отделе, двенадцатиперстной кишке и малом сальнике, а также выраженных расстройств моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки. При явлениях умеренного стенозирования в области привратника СПВ дополнялись ПП, при сужении ниже луковицы двенадцатиперстной кишки СПВ сочетали с дуоденопластикой, аналогичной операции Микулича или Финнея. При высоком стоянии дуоденального угла с явлениями умеренного дуоденостаза СПВ дополнялась операцией Стронга.

Послеоперационная летальность — 1,1%.

Среди ранних послеоперационных осложнений дисфагия соответственно названным группам составляла 19,8; 18,4 и 21,1%; явления которой были купированы консервативными мероприятиями. Довольно часто наблюдалась каскадная деформация желудка (10,4; 10,5 и 11,5% случаев). Гастростаз в раннем периоде отмечен у 8,3; 5,3 и 7,8% больных.

Непосредственно после СПВ в различных ее вариантах происходило резкое уменьшение базальной и максимальной продукции соляной кислоты. Это снижение достигало 18 — 26% исходного уровня и носило стабильный характер на всех этапах наблюдения (от 1 года до 5 лет и более). Существенных различий в степени падения продукции кислоты в группах не выявлено. У 15 из 183 обследованных больных отмечено недостаточное снижение секреции в обеих фазах, не имеющее четкой связи с дополняющей СПВ операцией. В 4-х из 15 указанных случаев, на основании положительной пробы Холандера и возникшего рецидива язвенной болезни, ваготомия была признана не полной и не адекватной. У 4 других больных с положительной пробой Холандера ваготомия была не полной, но адекватной.

Во всех 3-х группах больных после СПВ наступило значительное угнетение биоэлектрической активности желудка, характеризующееся сокращением ритма колебаний на ЭГГ, снижением среднего и максимального потенциала, при этом существенных различий между видами СПВ не наблюдалось, однако нормализация биоэлектрической активности желудка после СПВиз происходила быстрее, чем после СПВ+ПП и СПВ+ДП.

Соответственно изменениям ЭГГ показателей изменялась и моторно-эвакуаторная функция желудка. Первоначально, независимо от дополняющей СПВ операции, моторика характеризовалась падением тонуса, ослаблением перистальтики и замедлением эвакуации из желудка. Нормализация моторно-эвакуаторной функции через 6 — 12 месяцев и позже происходит быстрее при СПВ в изолированном виде, по сравнению с двумя другими видами этой операции. Кроме того, в отдаленные сроки после СПВ+ПП эвакуация из желудка у 27,8% больных принимала ускоренный характер, связанный с нарушением функции привратника, что мы относим к отрицательным эффектам данного пособия.

Непосредственно после операции СПВ может наблюдаться и угнетение моторно-эвакуаторной функции дуоденум, но после СПВиз оно наблюдается значительно реже (у 1/3 оперированных больных), чем после СПВ с пилоро- или дуоденопластикой. В отдаленные сроки после всех 3 видов СПВ у большинства больных происходит нормализация моторики дуоденум.

В отдаленном периоде после СПВ в указанных ее вариантах у большинства пациентов (86,2%; 83,3% и 85%) сохранялась нормальная скорость транзита бария по тонкому кишечнику.

Одновременно было установлено, что после операций СПВ относительно редко возникала диарея, но все же несколько чаще после СПВ+ПП (в 11,1%), чем после СПВиз (3,4%) и СПВ+ДП (5%).

По сравнению с результатами резекционных методов операции, после СПВ в различных ее сочетаниях значительно реже возникает демпинг-синдром, который нами выявлен лишь у 3,4%; 5,5% и 5% оперированных, причем, тяжелых форм не наблюдалось.

Морфологические изменения слизистой желудка во всех 3-х группах больных характери-

зовались процентным увеличением числа хронических поверхностных и атрофических форм гастрита при одновременном уменьшении гипертрофических и гипопластических форм.

Всего после операций СПВ выявлено 6 случаев рецидива язвенной болезни (6,2%). В 4-х случаях рецидив обусловлен неполнотой и неадекватностью ваготомии, в 2-х — дуоденогастральным рефлюксом после СПВ+ПП.

Отличные и хорошие результаты после СПВиз составили 78%, после СПВ+ДП — 79%, после СПВ+ПП — 69,3%, но после пилоропластики наблюдался и большой процент удовлетворительных (19,2%) и плохих (11,5%) результатов. Таким образом, итоги СПВиз и СПВ+ДП выглядят несколько лучше, по сравнению с результатами СПВ+ПП.

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛАРГИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

С. Д. Атаев, Д. С. Атаев, М. Р. Абдуллаев
г. Махачкала

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) — хроническое, широко распространенное заболевание, склонное к рецидивам и тяжелым, угрожающим жизни осложнениям. Оно поражает преимущественно мужчин наиболее трудоспособного возраста. Велики экономические потери, связанные с лечением, временной нетрудоспособностью и инвалидностью больных ЯБЖ и ДПК.

Разнообразие клинических форм ЯБЖ и ДПК затрудняет правильное определение показаний к консервативному и оперативному лечению. Наибольшие трудности в установлении показаний к операции возникает, когда выполнять ее приходится по относительным показаниям (длительно незаживающие и рецидивирующие язвы, в т. ч. после ушивания прободения и остановки кровотечения, компенсированные пилоростенозы, пенетрирующие язвы). Расширение относительных показаний к оперативному лечению ЯБЖ и ДПК отрицательно сказывается и на отдаленных результатах. Поэтому одной из задач гастроэнтерологии является, наряду с совершенствованием хирургических, поиск новых рациональных методов терапевтического воздействия на язвенный процесс в желудке и ДПК.

Механизм противоязвенного действия даларгина складывается из (В. А. Виноградов и соавт., 1986; В. М. Полонский, 1986): увеличения скорости регенерации тканей, в т. ч. гастродуоденальной слизистой, которая рецептирует даларгин, нормализации микроциркуляции и лимфотока в зоне повреждения, иммуномоделирующего эффекта, снижения уровня гастрина, увеличения секреции простагландинов, снижения кислотной желудочной секреции.

Нами анализированы результаты лечения

815 больных ЯБЖ и ДПК в клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов Дагмедакадемии на базе Махачкалинской горбольницы № 1 за 10 лет (1989 — 1998 гг.). Длительность заболевания до 3-х лет была у 214 (26,2%), от 3-х до 5 лет — у 162 (20%), от 5 до 10 лет — у 320 (39,3%), более 10 лет — у 119 (14,5%). Мужчин — 662 (81,3%), женщин — 153 (18,7%). Язвы ДПК — 606 (74,3%), язвы желудка — 163 (20%), сочетание язв желудка и ДПК — у 46 (5,7%). Оперировано 314 (38,5%) больных с длительным анамнезом при неэффективности консервативной терапии, с декомпенсированными пилоростенозами, глубокими пенетрирующими язвами с резко выраженным болевым синдромом, пептическими язвами гастроэюноанастомоза, нередко при наличии 2 — 3 осложнений одновременно. Несмотря на тяжесть клинического течения ЯБЖ и ДПК, послеоперационные осложнения наблюдались всего у 6 (1,8%) больных, умерло 2 (0,6%). Такой низкий процент послеоперационных осложнений и летальных исходов объясняется адекватной предоперационной подготовкой и щадящей оперативной техникой. За последние 18 лет в клинике после резекции желудка гастродуодено- или гастроеюноанастомоз накладываем однорядным швом с узелками внутрь, без захвата слизистых оболочек. Эта методика обеспечивает хорошую адаптацию серозных оболочек сшиваемых органов, минимально нарушает местное кровообращение, предотвращает анастомозиты, способствует первичному заживлению анастомозов в более ранние сроки. 501 больному проведено консервативное лечение противоязвенными препаратами, из них неосложненные язвы — у 219 (43,7%), осложненные — у 282 (56,3%).

Нами впервые проведено лечение даларгином больных ЯБЖ и ДПК, находящихся в пограничном с хирургической операцией состоянии (длительное незаживающие и рецидивирующие язвы, в т. ч. после ушивания прободения, компенсированным пилоростенозом, кровотечениями после их остановки, пенетрирующими язвами, пептическими язвами гастроэюноанастомоза). 182 больных лечилось даларгином (основная группа), 100 больных — другими противоязвенными препаратами (де-нолом, гастрозепином, циметидином) — контрольная группа. Определялась кислотопродуцирующая функция желудка, выполнялись рентгениследования — при поступлении и перед выпиской и фиброгастроуденоскопия на 7 — 14 — 21 и 28 день лечения. Даларгин в дозе 3 мг, разведенный в 20 мл 0,9% раствора хлорида натрия, вводили внутривенно медленно утром натошак в положении лёжа. С целью улучшения переваривающей функции желудка и активации ферментов поджелудочной железы больные получали ферментные препараты (фестал, меркензин). Непос-

редственно после введения даларгина больные в течение 3 — 5 дней получали высококалорийный, легкоусвояемый препарат «ЭНПИТ» 50 гр. в 200 мл кипяченой воды и стол № 1 по Певзнеру. При сильном болевом синдроме в/м вводился баралгин по 5 мл. На 3 — 4-й день — интенсивность болей снижалась. Курс лечения даларгином в среднем продолжался 21 — 28 дней в зависимости от сроков заживления язвы и стихания клинических симптомов. Осложнений, связанных с применением даларгина у более, чем 400 больных ЯБЖ и ДПК, не отмечено. Из 182 больных ЯБЖ и ДПК, леченных даларгином, полный лечебный эффект, подтвержденный фиброгастроуденоскопией, наступил у 168 (92,8%). В контрольной группе заживление язв отмечено у 70%.

Таким образом, простота применения, отсутствие осложнений, высокий процент положительных результатов и большой экономический эффект делают перспективным применение даларгина в комплексном лечении не только неосложненной, но и осложненной ЯБЖ и ДПК.

ДУОДЕНОСТАЗ ПРИ ВИРАЗКОВІ ХВОРОБІ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

О. К. Бабаліч

м. Сімферополь

Перепоною для виконання ваготомії та резекції шлунку за Більротом-I нерідко є дуоденостаз (Я. Д. Витебский, 1970; Ю. А. Нестеренко с соавт., 1983; F. Mosimann et al., 1985), що веде до рецидиву виразки (А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, 1987; Х. Д. Джумабаев, 1997). Але деякі автори (Ю. В. Артемов с соавт., 1995; Х. Д. Джумабаев, 1997; Strong, 1958) їх виконують сумісно з коригуючими операціями.

В клініці загальної хірургії обстежено у плановому порядку 693 хворих виразковою хворобою шлунку (183), дванадцятипалої кишки (480) та їх одночасним ураженням (30) у віці від 15 до 84 років. Серед яких чоловіча стать була у 562 (83,98%) хворих, жіноча — у 111 (16,02%).

Проведена рентгеноскопія шлунку та кишечника, фіброгастроуденоскопія, електрогастрографія, вивчення кислотопродукуючої функції шлунку.

Дуоденостаз був визначений у 58 (8,3%) хворих, причому в легкій формі — у 41, середньої тяжкості — у 13 і тяжкої — у 4. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки мала місце у 39 осіб, шлунку — у 13 і при їх сумісному ураженні — у 6.

Операції виконувались під загальним знеболюванням, під час яких одержані дані уточнювались, щоб використати найбільш відповідну методику втручання.

Характер оперативних втручань залежав від змін, спричинених виразковою хворобою і дуоденостазом.

При середній та тяжкій важкості дуоденостазу проведена резекція шлунку за способом Більрот-II і доповнена у 3 осіб із 9 селективною (СВ), а у одного хворого — стовбурною (СТВ) ваготомією. В одному випадку була сегментарна резекція бульбарного відділку з виразкою, що дозволило зберегти воратар.

При артеріо-мезентеріальній непрохідності у двох хворих з виразкою дванадцятипалої кишки виконана операція Робінсона і СПВ. При середній тяжкості дуоденостазу у п'ятьох осіб зроблена СПВ та широкий дуоденоєюнальний анастомоз (ДЄА) по Duval'у.

Операція Стронга-Вітебського сумісно з другими втручаннями на шлунку: резекція за способами Більрот-I та II, СВ і СПВ виконана у решти 41 хворого при наявності високо розміщеної Трейцовой зв'язки.

У термін до 10 і більше років після втручання незадовільних виходів не було. Кращі дані одержані у хворих, які мали противиразкове лікування на всіх етапах реабілітації.

Отже, використання різних методів корекції призвело у віддалені терміни, особливо при етапній реабілітації, до задовільних результатів хірургічного лікування виразкової хвороби при наявності дуоденостазу.

ИНФЕКЦИЯ *Helicobacter pylori* ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАННЕМ И БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

А. В. Береснев, В. М. Зыбин, А. Н. Лунев, С. А. Павличенко, Г. Е. Молотягин, П. В. Свирепо, Ю. П. Гниденко, И. Я. Поляк, П. П. Апкарьян, Н. А. Дорожко
г. Харьков

Учитывая далеко не последнюю роль инфекции *Helicobacter pylori* (H. p.) в патогенезе язвенной болезни, мы изучили степень инфицированности этим возбудителем слизистой преульцерозной зоны при одном из грозных осложнений язвенной болезни — перфорации, проследили динамику изменений высеваемости H.p. после хирургического лечения (ушивание перфоративной язвы, иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой и иссечение с пилоропластикой в сочетании с селективной проксимальной ваготомией) при традиционном ведении послеоперационного периода и при включении в схему противоязвенного лечения антихеликобактерной терапии.

Под нашим наблюдением находилось 242 больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки в возрасте от 16 до 74 лет. Мужчин было 211 (87,2%), женщин — 31 (12,8%).

Для выявления инфекции H.p. нами использован метод определения уреазной активности в биоптате слизистой, взятой во время операции в околоязвенной зоне или при эндоскопическом контрольном обследовании, выполненном при выписке больных из клиники, а также в ближайшем (3 — 6 месяцев) и отдаленном (1 — 1,5 года) послеоперационных периодах. Навеска биоптата слизистой была 50 — 70 мг. Уреазная активность выражалась: (++++) — рост в течение первого часа, (+++) — от одного до двух часов, (++) — от 2-х до 6 часов и рост после 6 часов до 24 часов (+).

Из 242 больных в клинику в первые 6 часов госпитализировано 180 больных (74,4%), в сроки 6 — 12 часов — 28 больных (11,6%), 12 — 24 часа — 22 больных (9,1%) и свыше 24 часов — 12 больных (4,9%). Подавляющее большинство больных оперировано в первые 2 часа после госпитализации. 8 больных с клиникой разлитого перитонита и клинико-эндотоксического шока оперированы в более поздние сроки, так как требовалась длительная предоперационная подготовка. Во время операции перитонит не был выявлен у 14 больных (5,8%), местный перитонит определен у 63 больных (26,0%), у остальных 165 больных (68,2%) были распространенные формы перитонита.

В наших наблюдениях ушивание перфоративной язвы без иссечения ее краев выполнено в 33 наблюдениях (13,6%), иссечение перфоративной язвы с каким-либо видом пилоропластики выполнено у 181 больного (74,8%). У остальных 28 больных (11,6%) выполнено иссечение

язвы с пилоропластикой и проксимальной селективной ваготомией. При всех операциях взяты кусочки слизистой с целью выявления H. pylori.

При изучении биоптатов, взятых из слизистой рядом с перфоративным отверстием, наличие *Helicobacter pylori* зарегистрировано у 82% наблюдений. Из них степень обсеменения слизистой (4+) — 21%, (3+) — 18%, (2+) — 30% и (1+) — 13%. У всех больных с повторной перфорацией язвы уреазная активность была самой высокой (4+). Такая же закономерность уреазной активности (4+) отмечена и у больных выраженной пенетрацией в смежные органы, а также у больных, имеющих «целующиеся» язвы.

Стандартная антибактериальная терапия, проводимая в раннем послеоперационном периоде с использованием антибиотиков из группы аминогликозидов и цефалоспоринов, заметно не повышала уреазную активность микроорганизмов из биоптатов слизистой, взятой при выписке из клиники. Частота выявления *Helicobacter pylori* была достоверно ниже (78%), чем в биоптатах, взятых во время операции, хотя процент больных с высокой степенью обсеменения слизистой микроорганизмами снизился с 39 до 27%.

Сравнительный статистический анализ частоты высеваемости микроорганизма в зависимости от вида оперативного вмешательства не выявил статистически достоверных различий ($P < 0,05$).

В отдаленном послеоперационном периоде в сроки 1 — 2 года после операции из 242 больных обследовано 138. Из них эндоскопически и клинически было установлено наличие рецидива язвы двенадцатиперстной кишки у 4 больных (2,9%). У этих больных изучение уреазной активности выявило большую степень обсеменности слизистой пилорического канала (3+) — (4+). Эти больные в послеоперационном периоде не получали никакой консервативной терапии и не соблюдали диету. 96 больных не предъявляло жалоб, чувствовали себя удовлетворительно, прибавили в весе, не наблюдались у терапевтов. При эндоскопическом и клиническом обследовании у 5 больных выявлены язвенные поражения слизистой двенадцатиперстной кишки (5,2%). У 8 больных выявлен антрумгастрит, у 12 дуоденогастральный рефлюкс, у 7 больных — внутренние лигатурные свищи. Изучение степени обсеменности слизистой у данной группы больных не выявило статистически дос-

товерной разницы с обсемененностью, которая выявлялась в биоптатах во время хирургического вмешательства и при выписке больных из клиники.

38 больных, ранее перенесших операцию по поводу перфоративной язвы, находились на диспансерном наблюдении у гастроэнтерологов и в течение 1 — 2 лет после операции им проведена стационарная противоязвенная терапия, включающая антихеликобактерную терапию. В данной группе больных рецидивов язвенной болезни не зарегистрировано. Эрадикация наступила у 29 больных (76,3%), у остальных 9 боль-

ных степень обсемененности слизистой составляла (1+) — (2+).

Таким образом, наши исследования показывают, что вид операции, применяемой в лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, и стандартная бактериальная терапия не оказывают заметного влияния на степень обсемененности слизистой оболочки в раннем и ближайшем послеоперационном периоде. Высокая степень эрадикации в отдаленном послеоперационном периоде наблюдается только в тех случаях, когда проводится повторная противоязвенная комплексная терапия с включением антихеликобактерных препаратов.

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ

М. Д. Василюк, А. Г. Шевчук, М. І. Яворський, В. М. Федорченко, Л. А. Курташ, В. І. Гудивок, С. М. Василюк
м. Івано-Франківськ

Нами піддано комплексному хірургічному лікуванню 281 хворого з виразковою хворобою шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненою кровотечею. При поступленні всім хворим проводилась езофагофіброгастродуоденоскопія для визначення локалізації джерела кровотечі та її інтенсивності. Після промивання шлунку, через фіброгастродуоденоскоп виконували маніпуляції, направлені на зупинку кровотечі: зрошення кривавлячої виразки 5% розчином ϵ -амінокапронової кислоти, спиртом, інфільтрацію 0,5 — 1,0 мл 0,1% розчину адреналіну на новокаїні, діатермокоагуляцію судин та ін. Всім хворим налагоджували постійну декомпресію шлунку через назогастральний зонд. У 11 хворих при ерозивних кровотечах та кровотечах з гострих та стресових виразок вводили через зонд на деякий час 300 мл 0,5% розчину азотнокислого срібла з наступним ретельним відмиванням, що дало можливість на фоні активної гемостатичної терапії у всіх хворих зупинити кровотечу. Гемостатична терапія була загальноприйнятною, а в окремих хворих її доповнювали інгібіторами протеаз, зокрема контрикалом 30 — 40 тис. ОД і ϵ -амінокапроновою кислотою.

При дуоденальних кровотечах з 1 дня призначали H_2 -блокатор рецепторів гістаміну — квамател довенно по 20 мг двічі в добу на протязі 3 — 4 діб з наступним переходом на пероральний прийом. У 98 хворих гастродуоденальну кровотечу було зупинено консервативними методами. У 17 хворих з важкою серцево-судинною та іншою супутньою патологією, які категорично відмовлялись від оперативного лікування, не дивлячись на продовження кровотечі, ми вимушені були проводити консервативну терапію. Чотири хворих з цієї групи померли внаслідок важкої постгеморагічної анемії на фоні супутньої патології.

Оперативному лікуванню було піддано 143

хворих, з них 63 — на висоті кровотечі в перші дві доби, 43 з них з локалізацією виразки в шлунку і 20 — в ДПК. У 2 хворих після попереднього вшивання кривавлячої судини на головці підшлункової залози на 5 — 7 добу наступила повторна кровотеча, яка була показом до проведення в цих хворих резекції шлунку за Більрот-II. При екстрених операціях з приводу дуоденальної кровотечі при крововтраті другого ступеня проводили висічення або екстериторизацію виразки з пілородуоденопластиком за Гейнеке-Мікуличем. У 15 хворих вона доповнювалась селективною проксимальною ваготомією. При великих і гігантських виразках та різко вираженій деформації цибулини ДПК виконували резекцію шлунку. При важкому ступені крововтрати проводили видалення дуоденальної виразки або її екстериторизували з наступною пілоропластиком. При кровотечі з виразки шлунку, як правило, виконували резекцію шлунку, а у 2 хворих — клиноподібне висічення виразки. У 31 хворого з метою попередження арозивних кровотеч, корекції порушеного білкового і водно-електролітного обміну, покращення репаративних можливостей організму та своєчасного відновлення моторно-евакуаторної функції кишківника використовували зондове ентеральне харчування. Через зонд крапельно вводили білкові гідролізати, м'ясні відвари, дитячі харчові суміші, розтоплене вершкове масло, курячі яйця та інші продукти, що дало можливість досягти більш швидкої стабілізації стану хворого та відновити порушений обмін.

В плановому порядку через 2 — 3 тижні після зупинки кровотечі було оперовано 80 хворих. Операцією вибору при виразковій хворобі ДПК були органозберігаючі втручання або резекція шлунку. У 2 хворих в зв'язку з наявністю гігантської виразки ДПК та утворенням холедохо- і панкреатодуоденальних норичь з втягнен-

ням в виразковий процес великого дуоденального соска, було виконано реконструктивні операції за розробленою в клініці методикою (М. Д. Василюк, 1998).

У хворих з виразкою шлунку операцією вибору була резекція шлунку за Більрот-I. В післяопераційному періоді проводили інтенсивну терапію, направлену на усунення гіпоксії, гіповолемії, анемії, корекцію водно-електролітного, білкового обмінів та показників імунологічної реактивності

організму. Крім загальноприйнятих і відомих середників ми застосовували довенно новий вітчизняний препарат лактопротейн з сорбітолом по 400 мл на протязі 5 — 6 діб. У 12 хворих проводили ентеральне зондове харчування.

Такий комплексний підхід до лікування виразкових кровотеч дав можливість знизити загальну і післяопераційну летальність цих хворих до 4,2% та уникнути виникнення важких ускладнень.

ПОВТОРНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ «БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА»

Н. И. Глушков, Г. М. Горбунов, М. Б. Кветный, А. Ш. Кенджаев
г. Санкт-Петербург

Мы располагаем опытом лечения 183 больных с «болезнью оперированного желудка». Возраст больных от 31 до 76 лет, из которых 68 женщин и 115 мужчин. У них в прошлом была произведена резекция желудка: по Бильрот-I у 36 больных, по Бильрот-II у 85 больных, дренирующие операции без резекции желудка у 10 больных, ваготомия с дренирующими операциями у 47 больных, ваготомия с резекцией желудка по Бильрот-I у 5 больных.

В результате клинического обследования было установлено, что «болезнь оперированного желудка» у 84 больных обусловлена демпинг-синдромом различной степени тяжести, у 25 — синдромом приводящей петли, у 12 — пептической язвой анастомоза, у 8 — лигатурной язвой «киля» желудка и анастомоза, у 6 — образованием «порочного круга», у 2 — раком культи желудка, у 11 — сочетанием перечисленных синдромов.

У 45 больных обнаружены ранее недиагностированные заболевания: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (32), желчнокаменная болезнь (7), дивертикулы двенадцатиперстной кишки (4), хроническое нарушение дуоденальной проходимости (2). У 21 больного эти заболевания сочетались с другими функциональными синдромами.

Показания к оперативному лечению были установлены у 56 больных (20 женщин и 36 мужчин). Из них у 37 больных ранее произведена резекция желудка: по первому способу Бильрота у 16 больных, в том числе в сочетании с ваготомией у 3 больных, по Гофмейстеру-Финстереру у 14 больных, причем у 2 из них гастроэнтероанастомоз ошибочно наложен с подвздошной

кишкой, по Ру у 4 больных, с применением кишечной вставки — 3. 19 больным выполнены операции на желудке и двенадцатиперстной кишке без резекции (13 больным — ваготомия, 1 больному наложен передний впередиободочный гастроэнтероанастомоз с Брауновским соустьем, одному больному наложен гастро- и дуоденоэнтероанастомоз, одному наложен гастродуоденоанастомоз по Жабуле и одному пилоропластика по Гейнике-Микуличу). Показаниями к оперативному лечению у 35 были функциональные заболевания, у 35 больных — органические заболевания, в том числе у 14 больных имело место сочетание органических и функциональных заболеваний.

При интраоперационной ревизии обнаружено, что возникновение пострезекционных синдромов связано с тремя причинами: первая — неправильно выбранный способ резекции желудка, вторая — технические погрешности при выполнении резекции желудка, третья — неполное обследование больных.

Больным, у которых в прошлом выполнена резекция желудка, были сделаны реконструктивные операции. Летальных исходов после реконструктивных операций не было.

Таким образом, болезнь оперированного желудка обусловлена многочисленными патологическими синдромами и заболеваниями. Показания к оперативному лечению индивидуальны, а способ реконструктивной операции должен быть адекватным выявленной патологии.

Реконструктивные операции должны выполняться высококвалифицированными хирургами в хорошо оснащенных гастроэнтерологических центрах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Н. И. Глушков, Г. М. Горбунов, М. Б. Кветный, А. Ш. Кенджаев
г. Санкт-Петербург

До настоящего времени проблема хирургического лечения язв кардиального отдела желудка окончательно не решена, поскольку послеоперационная летальность достигает 7%, а число неблагоприятных результатов колеблется от 3,8 до 54%.

В клинике хирургии СПб МАПО с 1976 по 1998 г. находились на лечении 170 больных с язвами кардии и субкардиального отделов желудка. У 56 (33%) язва располагалась в кардии желудка и у 114 (67%) — в субкардии. Выбор способа операции зависел от локализации язвы, размеров, характера пенетрации (малый сальник, поджелудочная железа), анатомических вариантов расположения желудка. У 88 больных выполнена субтотальная резекция желудка с сохранением пилорического жома, у 61 больного — субтотальная резекция по Бильрот-I и у 17 больных — резекция по Гофмейстеру-Финстереру. При язве с локализацией на задней стенке кардиального отдела в клинике разработан способ, заключающийся в одновременной мобилизации желудка, выкраивании треугольного лоскута с язвой и последующим формированием эзофагогастроанастомоза. Операция выполнена 4 больным с хорошими результатами.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде выявлены у 20 пациентов (11,8%). Летальный исход наступил у 3 больных (1,8%). Отдаленные результаты в сроки от 5 до 20 лет изучены у 120 больных. К моменту повторного обследования умерло 23 больных. Смерть наступила спустя 1 — 16 лет после операции от причин, не связанных с заболеванием желудка, у 12 пациентов, 3 больных умерли от рака культи желудка, у 8 больных причина смерти не известна.

В условиях стационара было обследовано 75 больных и путем анкетирования — 45 больных. Результаты считались хорошими (80%), если обследованные пациенты не предъявляли жалоб, диету не соблюдали. При рентгенологическом исследовании эвакуация из культи желудка была

своевременная, порционная; при эндоскопическом исследовании патологии со стороны слизистой культи желудка и пищевода не было выявлено.

В группу с удовлетворительными результатами отнесены пациенты (17,5%), которым операция принесла улучшение. Они предъявляли определенные жалобы, соблюдали диету. При рентгенологическом исследовании у них выявлен укороченный или замедленный типы эвакуации, у 9 больных — демпинг-синдром легкой степени тяжести. У 3 (2,5%) больных результаты операции оценены как неудовлетворительные (1 больной после резекции по Гофмейстеру-Финстереру, 1 — после иссечения язвы, у одного больного найден демпинг-синдром средней степени тяжести).

Наши наблюдения показали, что улучшение после операции наступило у 97,9% больных. Наилучшие результаты получены после резекции желудка с сохранением пилорического жома. В то же время необходимо отметить, что после операций с сохранением пилорического жома наблюдались с пятью неописанных в доступной литературе осложнений. Они заключались в формировании в культе желудка слизистых безоаров, практически полностью выполняющих просвет желудка. Больные отмечали чувство тяжести после приема пищи. Культи желудка относительно легко освобождалась после нескольких промываний ее содовым раствором. Предполагаемой причиной образования слизистых безоаров как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде, по-видимому, является сгущение слизи в культе желудка при замедлении эвакуации.

Таким образом, результаты хирургического лечения язв кардиального отдела желудка позволяют считать резекцию желудка с сохранением пилорического жома и резекцию желудка по Бильрот-I методом выбора при лечении данной патологии и рекомендовать их к более широкому применению в практике.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М. В. Голетиани, В. А. Бондаренко
г. Харьков

Энтеральное зондовое питание (ЭЗП) сегодня является императивной альтернативой парентеральному питанию как с клинической, так, тем более, и с экономической точек зрения. Однако

работы, посвященные разработке показаний и противопоказаний к применению метода, в особенности в связи с выбором способа интубации проксимального отдела пищеварительного

канала, в периодической литературе практически отсутствуют.

Восполнить этот пробел и является целью настоящей публикации.

ЭЗП (и сопряженная с ним интубация проксимального отдела пищеварительного канала) — метод, повышающий надежность оперативного лечения и, следовательно, показания к нему тем настоятельнее, чем выше степень неопределенности исхода операции.

Последний определяется: 1) исходным состоянием больного (основное заболевание, его первичные и вторичные осложнения; степень сохранности функции, пораженной основным заболеванием — компенсация, субкомпенсация, декомпенсация; сопутствующая патология — количество, течение, осложнения, сохранность функций; возраст — маркер резервов функций организма); 2) операцией (объем, степень влияния на функции объектов операции, характер — экстренная, срочная, плановая, интраоперационные осложнения, технические трудности); 3) обезболиванием (глубина, характер, степень влияния на функции, осложнения, трудности); 4) условиями (организационные, квалификационные, материальные, технологические, экономические).

Опыт применения в нашей клинике ЭЗП в течение 15 лет показал, что этот способ питания является методом выбора коррекции статуса питания в раннем послеоперационном периоде. Противопоказано ЭЗП в следующих случаях: 1) распространенные формы острого перитонита, 2) острая непроходимость кишечника, 3) острый энтерит, 4) острые нарушения мезентериального кровообращения, 5) синдром короткой петли, 6) хронический энтерит или хронические нарушения мезентериального кровообращения с выраженной недостаточностью пищеварения (гидролиза и всасывания), 7) хронический панкреатит с выраженной недостаточностью пищеварения, 8) выраженные формы пищевой аллергии, диареи, демпинг-синдрома, дисбактериоза.

Подчеркнем, что ни одно из названных противопоказаний не является абсолютным, а представляет собой лишь особую ситуацию, требующую индивидуального решения.

Методом выбора является трансназальная интубация (ТНИ) проксимального отдела тощей кишки (дуодено- и еюностомии в данной работе не рассматриваются). Наиболее общим дифференциальным признаком в выборе между ТНИ и микрогастростомией (МГС) считается необходимость интубации более 3 — 5 суток. Вместе с тем, наш опыт пролонгированной ТНИ в послеоперационном периоде показывает, что ее побочные эффекты и опасность осложнений существенно преувеличены. Соблюдение комплекса профилактических мероприятий (малый диаметр зонда, изготовленного из ареактивного материала, возвышенное положение головного конца кровати, дыхательная гимнастика, раннее вставание, местное применение анестетиков, противо-

воспалительных и антибактериальных препаратов, лучше в форме аэрозолей) позволяет применять ТНИ достаточно долго (по нашим данным, до 27 суток) без осложнений.

Трансназальная интубация противопоказана в следующих случаях: 1) грубые врожденные или приобретенные анатомические аномалии носовых ходов, глотки, пищевода; 2) острый гнойный ринит, гайморит, фолликулярная или лакунарная ангина, тяжелый фарингит или ларингит, острая пневмония; 3) ожоги глотки и пищевода; 4) варикозное расширение вен пищевода; 5) хронические заболевания органов дыхания с частыми и выраженными обострениями или дыхательной недостаточностью II — III степени; 6) хроническая недостаточность кровообращения IIA — III степени; 7) обструктивные заболевания носовых ходов, глотки, пищевода.

Показания к микрогастростомии при желчнокаменной болезни (ЖКБ): 1) острое течение с гнойным холангитом, особенно при urgentных (экстренных и срочных) операциях, сопутствующей патологии (здесь и далее, одной нозологической единицы в стадии суб- или декомпенсации, или двух и более нозологических единиц в стадии компенсации); 2) необходимость выполнения холедоходуodenостомии или трансдуоденальной папиллосфинктеропластики на фоне острого течения ЖКБ, особенно при urgentной операции, возрасте свыше 60 лет, наличии сопутствующей патологии; 3) острый деструктивный панкреатит на фоне острого течения ЖКБ; 4) иные случаи оперативного лечения острых форм ЖКБ, сопровождающиеся вскрытием просвета холедоха, двенадцатиперстной кишки или травмой поджелудочной железы, особенно при urgentных операциях, возрасте свыше 60 лет, наличии механической желтухи; 5) операции при хроническом течении ЖКБ, включающие холедоходуodenостомию или трансдуоденальную папиллосфинктеропластику у больных старше 60 лет, особенно при механической желтухе и сопутствующей патологии; 6) операции при хроническом течении ЖКБ у больных до 60 лет, включающие холедоходуodenостомию или папиллосфинктеропластику, если есть основания (интраоперационные осложнения, технические трудности, вынужденные симультанные операции) ожидать осложнения в послеоперационном периоде; 7) операции при хроническом течении ЖКБ у больных с механической желтухой продолжительностью более 7 суток и возрасте свыше 70 лет, более 2 недель и возрасте свыше 60 лет, более 3 недель и возрасте до 60 лет; 8) случаи оперативного лечения ЖКБ, особенно при остром ее течении, при которых выполняется заведомо нерадикальная операция, то есть случаи многоэтапных операций; 9) повторные (реконструктивные и восстановительные) операции на желчных путях.

Показания к микрогастростомии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБД): 1) операции у больных при прободении язвы и

возрасте свыше 60 лет, наличии других осложненных ЯБД или сопутствующей патологии; 2) операции у больных при кровотечении с кровопотерей II — III степени, особенно в возрасте свыше 60 лет, urgentных операциях, наличии сопутствующей патологии; 3) операции у больных ЯБД при пенетрации язвы в поджелудочную железу и интраоперационных осложнениях или технических трудностях, влекущих высокий риск развития послеоперационного панкреатита; 4) резекционные операции у больных в возрасте до 60 лет при истощении II — III степени, особенно при наличии сопутствующей патологии; 5) органосохраняющие операции у больных в возрасте свыше 60 лет при истощении II — III степени, особенно при наличии сопутствующей патологии; 6) иные случаи оперативного лечения ЯБД, если есть основания ожидать осложнения в послеоперационном периоде; 7) в случаях релапаротомий; 8) при противопоказанности или прогнозируемой неадекватности орального питания в раннем послеоперационном периоде более 7 — 10 суток; 9) в случаях противопоказанности или тех-

нической невозможности трансназальной интубации.

В целом, микрогастростомия показана в тех случаях, когда вследствие запущенности основной патологии, обширности операции, общей тяжести состояния больного нельзя ожидать быстрой реадaptации органов пищеварения, быстрого восстановления статуса питания или велика вероятность развития послеоперационных осложнений. В общехирургическом отделении абсолютные показания к микрогастростомии для ЭЗП возникают примерно у 10% больных. Вместе с тем, расширение показаний до 30 — 40% не влечет ни увеличения количества осложнений, ни ухудшения непосредственных результатов оперативного лечения, зато существенно расширяет возможности ЭЗП.

Микрогастростомия может быть использована и для одновременной декомпрессии желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных путей как путем проведения двух зондов диаметром 4 — 6 мм, так и путем применения многоканальных зондов.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Ю. А. Диброва, А. Ю. Иоффе, А. Н. Бурый, А. С. Лаврик
г. Киев

Органосохраняющие вмешательства как патогенетически обоснованные и достаточно эффективные занимают ведущее место среди операций, проводимых по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Однако применение данных операций при язвенной болезни желудка остается дискуссионным. Большинство хирургов сдержанно относятся к использованию различных видов ваготомий в хирургическом лечении язвенной болезни желудка. В большей мере это относится к язвам I типа по классификации Johnson (1964), которые расцениваются большинством исследователей как истинные язвы желудка. Язвы желудка II и III типов по этиопатогенетическим механизмам имеют сходство с дуоденальными язвами.

Мы располагаем опытом лечения 128 больных с хронической язвенной болезнью желудка, которым были выполнены органосохраняющие вмешательства. Язвы желудка I типа были диагностированы у 77, II типа — у 37, а III типа — у 14 пациентов.

Обследование больных включало в себя рентгенологическое исследование желудка с релаксационной дуоденографией, исследование характера желудочной секреции, поэтапную манометрию. Одной из основных причин сдержанного отношения к органосохраняющим операциям при хронической язве желудка является опасность нераспознанной малигнизации язвы.

С целью повышения диагностической ценности эндоскопического исследования проводили оптическую биопсию из различных сегментов язвы и окружающей ее слизистой оболочки желудка. В качестве фотосенсибилизатора применяли препарат «гиперфлав», который избирательно накапливался в патологически измененных клетках слизистой оболочки желудка. Индуцированная гелий-кадмиевым лазером флуоресценция тканей желудка являлась ориентиром для забора биопсийного материала.

Результаты обследований определяли дальнейшую тактику хирургического лечения. Органосохраняющие вмешательства при I типе язв проводили только в случаях их явно доброкачественного характера и гипер- или нормацидном состоянии желудка. При выборе способа ваготомии предпочтение отдавали селективной проксимальной ваготомии (СПВ). При близком расположении язвы к нервам Латарже, воспалительной инфильтрации в области малого сальника, а также в случаях пенетрации язвы в малый сальник или печень возникали трудности в визуальной идентификации веточек блуждающего нерва. В подобных ситуациях для профилактики пилороспазма операцию дополняли пилоромиоэктомией по Deaver — Burden в модификации А. А. Шалимова (25 операций). Обязательным было иссечение язвы со стороны просвета желудка, которое осуществляли после гастротомии вбли-

зи язвы. Иссечение язвы проводили на всю глубину кратера язвы, отступя 1 см от края язвы с последующим послойным ушиванием дефекта. Удаленную язву подвергали срочному гистологическому исследованию. При малейшем сомнении в доброкачественности язвы, а также при кишечной метаплазии и клеточной дисплазии II — III степени от проведения органосохраняющих вмешательств отказывались.

При обширной периульцерозной воспалительной инфильтрации и деформации малого сальника с вовлечением веточек блуждающего нерва производили стволовую или селективную ваготомию с клиновидным иссечением язвы и одним из видов пилороластики (26 операций).

СПВ с иссечением язвы без дренирующей операции выполнена 23 пациентам.

Язвы II типа расцениваются нами как вторичные, возникшие на фоне хронической дуоденальной язвы. В связи с этим и определялась хирургическая тактика. Показания к выполнению СПВ определялись локализацией, размерами и активностью язвы. 19 больным произведена СПВ с иссечением язвы со стороны просвета желудка, а также иссечение язвы двенадцатиперстной кишки. В 6 случаях была выполнена стволовая или селективная ваготомию с клиновидным иссечением язвы желудка и дренирующей операцией. В 12 наблюдениях, по данным фиброгастроскопии, была выявлена рубцующаяся язва желудка, а результаты биопсии указывали на ее доброкачественный характер. В таких ситуациях

ограничивались выполнением СПВ и дренирующей операцией без иссечения язвы желудка. После операции на фоне приема противоязвенного лечения проводился эндоскопический контроль рубцевания язвы, продолжительность которого составляла от 4 до 6 недель.

При III типе язв желудка выполняли СПВ, иссечение язвы и пилороластику (14 операций).

Наряду с указанными вмешательствами, проводили коррекцию нарушений дуоденальной проходимости, устраняя причину дуоденогастрального рефлюкса. При артериомезентериальной компрессии выполняли операцию Робинсона. В случаях выявления высокого стояния дуоденоюнального перехода проводили низведение его по Стронгу.

В отдаленном периоде рецидив язвы выявлен в 4 (3,1%) наблюдениях. Причем у троих из них, перенесших СПВ с иссечением язвы без дренирующей операции по поводу I типа язв, были выявлены моторно-эвакуаторные нарушения желудка в раннем послеоперационном периоде. В одном случае после клиновидной резекции малой кривизны образовалась деформация желудка в виде «песочных часов». В остальных 96% наблюдений результаты расценены как отличные, хорошие и удовлетворительные.

Таким образом, наш опыт применения органосохраняющих операций по поводу язвенной болезни желудка свидетельствует о возможном их использовании по строгим показаниям и при, безусловно, технически правильном их выполнении.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ С УЧЕТОМ КИШЕЧНОЙ ФАЗЫ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

В. Т. Зайцев, В. В. Бойко, И. А. Тарабан

г. Харьков

При хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки традиционно, как наиболее значимые, учитываются нервно-рефлекторная и гуморальная фаза желудочной секреции. Кишечная фаза секреции во внимание не принимается. Вместе с тем, ее роль в язвообразовании весьма значительная. При этом особую роль, за счет опосредованного воздействия на микрогемодициркуляторную и моторно-эвакуаторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, она приобретает при развитии острых желудочно-кишечных кровотечений.

В связи с этим в клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии изучено влияние кишечной фазы секреции на микрогемодициркуляторную и моторно-эвакуаторную функции желудка и двенадцатиперстной кишки, а также частоту рецидивов кровотечений, потребовавших неотложного оперативного вмешательства.

Обследовано 92 больных с использовани-

ем эндоскопии и рентгенологического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Кислотность дуоденального содержимого изучена методом внутридуоденальной рН-метрии при сопоставлении рН антрального отдела и тела желудка. С этой целью нами применен зонд-датчик оригинальной конструкции. Кровоток в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки определяли методом прямой реографии с количественной и качественной оценкой реограммы. Моторика желудка изучалась при помощи электрогастрографии, а двенадцатиперстной кишки — методами открытого катетера, внутридуоденальной баллономанометрии в сравнении с разработанной нами методикой прямого определения токсического состояния пищеварительного канала.

Степень тяжести кровопотери определена методом Боровского и Жуковой с разделением больших по А. А. Шалимову и В. Ф. Саенко: легкая кровопотеря (до 20% ОЦК) выявлена у 34

больных; среднетяжелая (от 20 до 30% ОЦК) — у 17 больных; тяжелая (свыше 30% ОЦК) диагностирована у 41 больного. Расстройства моторно-эвакуаторной функции выявлены у 54 больных (58,7%), микрогемодикуляции у 74 (80,4%).

Исследованиями pH содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки установлено, что у больных с дуоденостазом при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки имела место гиперацидность, преимущественно обусловленная нарушениями нервно-рефлекторной фазы (47,8%), гуморальной (52,2%) и кишечной при наличии суб- и декомпенсированного кислотообразования (39,1%). У пациентов без расстройств моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки также наблюдалась гиперацидность, но соотношение расстройств нервно-рефлекторной, гуморальной и кишечной фаз составило 50,7%, 49,3%, 56,5%, соответственно.

Исследование моторики желудка показало его предрасположенность к гастростазу, после выполнения одного из видов ваготомии (особенно после стволовой и селективной). Изучение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки свидетельствовало о замедлении пассажа содержимого, независимо от характера моторики, как при дуоденоспазме, так и при атонии кишки. Более длительная экспозиция кислоты содержимого в околязвенной зоне, по всей видимости, явилась также одним из факторов агрессии и условием, способствующим развитию рецидива кровотечения.

Установлена предрасположенность желудка к ишемическим расстройствам по его малой кривизне после селективной проксимальной ваготомии (СПВ). Изучение состояния микрогемодикуляции двенадцатиперстной кишки показало, что с увеличением степени тяжести дуоденостаза нарушения кровотока также увеличиваются. Естественно, это способствует прогрессированию процессов некробиоза в зоне язвенного дефекта и повышению риска рецидива кровотечения.

Нами проведены исследования, направленные на возможную коррекцию нарушений кишечной фазы желудочного кислотообразования. При этом установлено, что выключение двенадцатиперстной кишки из пищевода при резекции желудка по Бильрот-II исключает дуоденальную повышенную кислотность и связанный с нею тормозной дуоденогастральный рефлекс, что может быть причиной пролонгированной желудочной кислотопродукции при неадекватно устраненном действии нервно-рефлекторной и гуморальной фазы. Выполнение стволовой и селективной ваготомии снижало возбудимость (увеличивало порог возбудимости) хемо- и барорецепторов двенадцатиперстной кишки, а поэтому неполная ваготомия даже с незначительной остаточной гиперкислотностью явилась причиной неполноценного тормозного дуоденогастрального эффекта, что могло быть фактором, способ-

ствующим остаточной гиперсекреции и развития рецидивной язвы. СПВ существенно не изменяла порога возбудимости клеток двенадцатиперстной кишки, что явилось фактором адекватного тормозного дуоденогастрального влияния и отсутствия остаточной внутридуоденальной гиперкислотности.

Учитывая представленные данные, коррекция pH двенадцатиперстной кишки предусматривала устранение избыточной дуоденальной кислотности и устранение патологических процессов, приводящих к понижению (повышению порога возбудимости) рецепторов кишки. Как показали проведенные нами исследования, к таковым относятся патологические состояния, сопровождающиеся нарушениями тонуса и кровотока стенки двенадцатиперстной кишки, дуоденостаз, дуодениты и др.

Если достижение первого эффекта мы связывали с адекватной и полной ваготомией (преимущественно СПВ), то второй достигался выполнением симпатэтомии соответствующих бассейнов кровотока и дренирующих двенадцатиперстную кишку операций. В частности, для улучшения кровотока в двенадцатиперстной кишке применяли денервацию общей печеночной артерии по Малле-Ги, желудочно-двенадцатиперстной артерии, правой желудочной артерии и верхней брыжеечной артерии у ее устья, а для устранения ишемизации проксимальных отделов желудка — денервацию левой желудочной и селезеночной артерий. Обоснованием к выполнению симпатической денервации пилорoduоденальной зоны является понижение порога возбудимости хемо- и барорецепторов двенадцатиперстной кишки (повышение возбудимости), что способствовало более раннему включению тормозного дуоденогастрального кислотного рефлюкса и, соответственно, снижению кислотности в кишечной фазе. При восстановлении кровотока отмечена нормализация возбудимости рецепторов двенадцатиперстной кишки, что сопровождалось восстановлением тормозного рефлекса и устранением остаточной желудочной гиперсекреции. Нарушения кровотока в стенке двенадцатиперстной кишки явились показанием к иссечению язвы двенадцатиперстной кишки с участком ишемизированной зоны кишки. Коррекция тонуса двенадцатиперстной кишки достигнута выполнением дренирующих операций Стронга и Робинсона по показаниям, выполнением симпатэтомии при дуоденоспазме удалением дилатированных участков при их атонии и иссечением язвы с перилульцерозной зоной. Летальных исходов не было. Больные были обследованы в различные сроки до 6 месяцев после операции. В эти ранние сроки на фоне проведения противоязвенной профилактической терапии рецидивов у обследованных пациентов не отмечено. Получены предварительные данные о целесообразности коррекции кишечной фазы желудочной секреции у больных осложненной язвенной болезнью.

ВЫБОР ПАРАМЕТРОВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ РИСКА ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

С. А. Залевский, П. Г. Кондратенко, А. Ф. Элин
г. Донецк

Лечение больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением (ОЯГДК) по настоящее время остается одной из актуальных проблем экстренной хирургии. Связано это не только с увеличением числа больных, но и с высокими показателями летальности (А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко, 1987; В. Д. Братусь, 1991; В. Т. Зайцев с соавт., 1992; Shirley Y. Coleman and Christopher J. Pritchett, 1991). Поэтому оценка предполагаемой опасности (степени риска), которой подвергается больной во время экстренной операции по поводу ОЯГДК, позволит индивидуализировать лечебную тактику и снизить уровень как общей, так и послеоперационной летальности, частоту ранних послеоперационных осложнений, улучшить результаты лечения данной категории больных.

С целью выявления факторов, влияющих на результаты оперативного лечения больных с ОЯГДК, мы проанализировали истории болезни 636 больных, оперированных в клинике в экстренном порядке. Из них 240 пациентов с продолжающимся кровотечением, 270 — с рецидивом, 126 — с ненадежным гемостазом. Наибольшее число неблагоприятных исходов отмечено в группах больных, оперированных по поводу рецидива кровотечения — 60 (22,1%) и продолжающегося кровотечения — 20 (14,6%). Значительно меньшей летальностью сопровождались операции, произведенные по поводу ненадежного гемостаза — 7 (5,6%). Это свидетельствует о роли причины предпринятой операции в исходе лечения.

Также значительное влияние на исход операции оказывал возраст: 14 — 20 лет оперированы 15, умерли 3, послеоперационная летальность составила 20%; в возрасте 21 — 59 лет — оперированы 450, умерли 53 (11,8%); в возрасте 60 — 69 лет — оперированы 97 пациентов, летальность 36%; в возрасте 70 — 79 лет — оперированы 59, умерли 27 (45,8%); в возрасте 80 лет и старше — оперированы 15, летальность составила 53,3%. Достаточно высокое число летальных исходов в возрастной группе до 20 лет, что связано с неполностью сформированными защитно-приспособительными функциями организма, заставило нас выделить их в отдельную категорию.

Прогрессивный рост послеоперационной смертности напрямую связан с увеличением степени тяжести кровопотери. Так, из 218 пациентов, оперированных на фоне легкой степени кровопотери (дефицит глобулярного объема менее 20%), умерли 38 (17,4%), а у 151 пациента со средней степенью кровопотери (дефицит ГО 20 — 40%) летальный исход зафиксирован у 27

(17,9%). В то же время наиболее тяжелые нарушения показателей гомеостаза отмечены у больных с тяжелой и крайне тяжелой кровопотерей. Так, из 198 больных (дефицит ГО составил 41 — 60%) в послеоперационном периоде умерли 44 больных (22,2%), а при крайне тяжелой степени (дефицит ГО более 60%) — 17 (24,6%) из 69 пациентов.

По мнению большинства авторов, на результаты оперативного лечения также влияет срок с момента возникновения кровотечения до поступления в стационар. Особенно большую роль он играет при тяжелой и крайне тяжелой степени кровопотери. Из 55 пациентов этой категории, оперированных в экстренном порядке и госпитализированных до 10 часов от момента появления первых клинических проявлений заболевания, в послеоперационном периоде умерли 16 (29,1%). При равных условиях летальность у больных, госпитализированных через 150 часов и более, составила 22,2% (4 из 18 больных).

Большое влияние на исход неотложной операции оказывает характер и тяжесть сопутствующей патологии. По нашим данным, послеоперационная летальность в группе больных с компенсированной сопутствующей патологией составила 10,5%, при субкомпенсации — 20,2%, а при сочетании трех и более заболеваний и декомпенсации одного из них неблагоприятный исход отмечен у 50,6% больных.

Таким образом, в схему определения степени операционного риска мы включили следующие факторы: 1 — возраст оперируемого; 2 — степень кровопотери перед операцией; 3 — длительность кровотечения; 4 — причину операции; 5 — характер и тяжесть сопутствующей патологии. В схему не включены объем и травматичность операций, поскольку основной целью изучения степени операционного риска является определение не только возможности их проведения, но и переносимость оперативного вмешательства в целом. В соответствии с балльной оценкой вышеперечисленных факторов, по специально разработанной программе с помощью ЭВМ, определена степень операционного риска у больных с ОЯГДК. Это позволило разделить больных на три группы.

В первую вошли 514 (80,8%) пациентов. Из них по поводу продолжающегося кровотечения оперированы 176 (73,3%) больных, умерли 21 (11,9%). В связи с ненадежным гемостазом оперированы 120 (95,2%), умерли 6 (5%). Послеоперационная летальность в целом по первой группе операционного риска составила 9,7%. Радикальные оперативные вмешательства выполне-

ны 344 больным, что составило 66,9% от общего числа больных (летальность 5,3%). Из всех операций худшие результаты получены после резекции желудка по Бильрот-II, оперированы 73, умерли 13 (летальность 17,8%). В целом хирургическое лечение пациентов первой группы сопряжено с минимальным риском, и поэтому мы считаем оправданным выполнение у них радикальных оперативных вмешательств.

Вторую группу составили 105 (16,5%) пациентов. По поводу продолжающегося кровотечения оперированы 54 (22,5%), летальность 48,2%; рецидив кровотечения послужил причиной операции у 47 (17,4%), летальность 68,1%; в связи с ненадежным гемостазом оперированы 4, умер 1 больной. Общая послеоперационная летальность у пациентов второй группы риска составила 56,2%. В связи с этим мы считаем, что у больных этой группы целесообразно выполнение минимальных вмешательств, а также применение самых эффективных методов консервативной терапии, направленных лишь на остановку кровотечения и спасение жизни больного.

Все пациенты третьей группы операционного риска умерли — 17 (2,7%). Причинами смерти явились: острая сердечно-сосудистая недостаточность — 13 больных (76,5%); кровотечение из острых эрозий и язв слизистой желудка — 4 пациента (23,5%). Объем оперативных вмешательств колебался от ушивания кровоточащей язвы до резекции 2/3 желудка. Анализ приведенных данных свидетельствует о том, что для данной категории больных оказываются непереносимыми даже минимальные по объему вмешательства. Подтверждением сказанному может служить тот факт, что при консервативном лечении аналогичной категории больных летальность оказалась в два раза ниже послеоперационной.

Оценивая результаты проведенного исследования, считаем, что дальнейшее совершенствование системы оценки степени операционного риска у больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением позволит повысить эффективность лечения, снизит показатели общей и послеоперационной летальности, уменьшит стоимость лечения и длительность пребывания на хирургической койке.

ВЛОК (ВНУТРИВЕННОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ) И ЭРИТРОН ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (ЖКК)

Е. Н. Клигуненко, Ю. С. Петренко, И. И. Скирда
г. Днепропетровск

Несмотря на современные методы лечения желудочно-кишечных кровотечений, защита эритрона, направленная на сохранение его функциональной активности при реакциях напряжения, в клинической практике остается не стареющей проблемой. Гемическая гипоксия обуславливает изменение структурно-метаболических характеристик эритроцитов (объем, диаметр, деформабельность, гемоглобинсинтетические процессы и т. п.), свидетельствующих об их повреждении. Поиск путей протекторного воздействия на эритрон при кровопотере обратил наше внимание на НИЛИ (низкоинтенсивное лазерное излучение), в частности, на использование ВЛОК в ранний послеоперационный период у больных с ЖКК.

ВЛОК применили у 17 больных, оперированных на высоте кровотечения (кровопотеря 25 — 35% ОЦК), использовали гелий — неоновый лазер ЛГ-75 с длиной волны 0,63 нм, мощность излучения 1,5 — 2 мВт, с экспозицией 30 минут, в непрерывном режиме. Облучение проводилось с первого послеоперационного дня, ежедневно в течение 5-ти дней. Контрольную группу составили 20 больных (той же степени тяжести), оперированных urgently по поводу желудочно-кишечных кровотечений и получавших традиционную терапию.

Мы изучали показатели красной крови, ин-

дексы эритроцитов на счетчике клеток крови Sysmax-100 (ФРГ) и газовый состав на газовом анализаторе ABL-620 («Radiometer» — Дания) до операции, через 6 часов после, на 2, 3, 5, 7, 14-е сутки послеоперационного периода.

Сравнительный анализ полученных результатов показал наличие умеренной анемии у больных обеих групп до 7-ми суток наблюдения (общий гемоглобин — $89,0 \pm 6,2$ г/л). Однако под влиянием ВЛОК в первые 2-е суток качественно изменялся морфологический состав эритроцитов. Мы отмечали преобладание макроцитарной нормохромии с переходом ее в нормоцитарную к 3-м суткам послеоперационного периода. Это могло указывать на активацию пула зрелых эритроцитов, продолжавших циркулировать в сосудистом русле и вышедших из физиологического и патологического депо. У больных с традиционной терапией в те же сроки мы отмечали микроцитарную гипохромью с переходом ее в нормоцитарную в те же сроки. Это указывало на принципиально другой тип адаптации эритрона, направленный на усиление и перенапряжение регенераторной функции красного ростка и компенсации гипоксии за счет поступления в кровеносное русло молодых и функционально незрелых эритроцитов, которые не могли обеспечить поставку кислорода к тканям организма в полной мере. Поэтому PO_2

артериальной крови у больных, получавших курсовой ВЛОК, было достоверно выше весь срок наблюдения по сравнению с контрольной группой, а pCO_2 в артерии в обеих группах оставалось в зоне референтной нормы. То есть, курсовое применение ВЛОК в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу

желудочно-кишечных кровотечений, может рассматриваться, как перспективный метод интенсивной терапии желудочно-кишечных кровотечений, направленный на сохранение функциональной активности циркулирующих и депонированных и, возможно, донорских эритроцитов.

ПЛАЗМОЗАМЕНТЕЛЬ С КИСЛОРОДОТРАНСПОРТНЫМИ СВОЙСТВАМИ — ПЕРФТОРАН В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ (ЖКК)

Е. Н. Клигуненко, И. И. Скирда

г. Днепропетровск

Закономерности патофизиологических изменений и основные принципы интенсивной терапии при кровотечениях широко исследуются, в частности, изучаются место и роль гипоксии и состояние кислородного транспорта в развитии полиорганной недостаточности. Характер и компонентность интенсивной терапии должны быть направлены на предупреждение развития этого синдрома. Поэтому мы в комплексной инфузионно-трансфузионной программе лечения желудочно-кишечных кровотечений применили плазмозаменитель с кислородотранспортными свойствами — Перфторан. Обследовано 26 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, оперированных urgently, на высоте кровотечения. Дефицит ОЦК у них составлял 25 — 35%. Инфузионно-трансфузионная терапия строилась по программе Брюсова П. Г. (1998 г.), 14 больных в состав ее в первые часы после операции и контроля надежности хирургического гемостаза был включен Перфторан в дозе 4 — 6 мл/кг массы тела. Контрольную группу составили 12 человек, получавших традиционную инфузионную терапию.

Мы изучали показатели красной крови на кондуктометрическом счетчике клеток крови Sysmax-100 (ФРГ) и газовый состав артериальной и венозной крови на газовом анализаторе ABL-620 («Radiometer» — Дания), гемоглобиновый состав оценивали по данным гемоксиметра OSM-3 («Radiometer» — Дания).

Нами установлено, что в сравниваемых группах количество эритроцитов и общего гемоглобина в период лечения было снижено и соответствовало умеренной анемии весь срок наблюдения с колебанием значений в пределах — Hb $77,5 \pm 12,9$ — $92,1 \pm 4,5$ г/л, эритроциты $2,24 \pm 0,33$ — $3,01 \pm 0,22$ Т/л. При этом газовый состав крови между группами существенно отличался. Так, pO_2 артериальной крови уже через 6 часов после введения Перфторана про-

грессивно нарастало с $71,6 \pm 5,8$ мм рт. ст. до $88,9 \pm 1,7$ мм рт. ст., возвращаясь к референтной норме к 7 суткам. Тогда как в контрольной группе pO_2 артериальной крови оставалось стабильно низким весь срок наблюдения, будучи в пределах $78,5 \pm 5,6$ мм рт. ст., sO_2 и O_2Hb после введения Перфторана имели тенденцию к увеличению до 5-х суток, достигая максимальных значений на 3-и и 5-е сутки (sO_2 $94,3 \pm 1,9$ и O_2Hb $94,2 \pm 0,5\%$ соответственно). Это достоверно отличалось от контрольной группы, где sO_2 и O_2Hb были ниже референтной нормы весь срок наблюдения. То есть, под влиянием Перфторана мы отмечали увеличение кислородной емкости крови. Значение $p50$ в обеих группах находилось на верхней границе референтной нормы без существенных различий между группами до 5-х суток. Тогда как, на 7-е и 14-е сутки $p50$ достоверно увеличивалось в группе больных, получавших Перфторан ($29,3 \pm 0,9$ и $30,61 \pm 2,7$ против $27,5 \pm 1,0$ и $2,7 \pm 0,8$ соответственно). Мы расценивали это как свидетельство усиления диссоциации оксигемоглобина, то есть облегчения отдачи кислорода тканям под влиянием Перфторана.

Динамика показателей газового состава крови коррелировала с динамикой послеоперационного периода. Мы отмечали раннюю активацию больных, которым был введен Перфторан, стойкую стабилизацию гемодинамики, отсутствие признаков ишемии миокарда, меньший процент бронхо-легочных осложнений, раннее появление перистальтики кишечника. Это говорило о достижении терапевтических целей ранней ликвидации кислородного долга организма при остановленных желудочно-кишечных кровотечениях. Поэтому мы рекомендуем включение Перфторана в программу интенсивной терапии больных с ЖКК как средство профилактики развития полиорганной недостаточности.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ

П. Г. Кондратенко, В. В. Соболев, Е. А. Мумров, Д. В. Соболев
г. Донецк

Анализируя причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, многие авторы обращают внимание на то, что наиболее часто они отмечают у больных с высоким уровнем желудочной секреции, так называемых, «гиперсекреторов».

В связи с этим нами разработан и внедрен в клинику способ хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных-«гиперсекреторов» (патент Российской Федерации на изобретение № 2045232).

Сущность изобретения заключается в сохранении целостности привратника, устранении вагусного и гормонального механизмов желудочной секреции, сохранении трофического влияния гастринна на слизистую оболочку желудка за счет сохранения гастринпродуцирующих клеток антрального отдела и иссечении язвы двенадцатиперстной кишки.

Оперативное вмешательство осуществляется следующим образом: после лапаротомии, ревизии органов брюшной полости производим селективную проксимальную ваготомию с сохранением иннервации и кровоснабжения пилорантральной части желудка. Затем рассекаем переднюю стенку двенадцатиперстной кишки в проекции язвы. По периметру иссекаем участок слизистой и мышечной оболочек, отступив не менее 3 — 4 мм от края язвы. Слизисто-мышечные слои стенки двенадцатиперстной кишки в области иссеченной язвы сшиваем между собой. Ушиваем рану передней стенки двенадцатиперстной кишки послойно, таким образом выполняется дуоденопластика. Затем выполняем резекцию антрального отдела желудка с сохранением привратника. Дистальная граница резекции находится на расстоянии не более 3-х сантиметров от привратника. Проксимальная граница резекции соответствует уровню терминальной желудочной ветви переднего блуждающего нерва. При этом соотношение объема резекции по большой кривизне желудка составляет 1,5 по отношению к малой. Малую кривизну желудка выше терминальной ветви переднего блуждающего нерва перитонизируем, восстанавливаем угол Гисса и формируем межжелудочный анастомоз «конец-в-конец».

Разработанный способ целесообразно применять у больных с высоким уровнем кислотопродукции, подтвержденным с помощью максимального пентагастринового теста. Показанием к данному способу считаем кислотопродукцию, превышающую 45 ммоль/л, высокую базальную кислотопродукцию — pH в теле желудка $1,05 \pm 0,1$,

при ослаблении ощелачивания в привратнике, сохранении его замыкательной функции, снижении кислотности после медикаментозной ваготомии на 30 — 50%.

Преимущество предложенного способа состоит в том, что он применим у больных со стенозирующими, каллезными, пенетрирующими, кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки. Данный способ способствует стойкому угнетению желудочной секреции и обеспечивает сохранение трофической функции гастринна на слизистую оболочку желудка, обеспечивает естественный пассаж пищи, препятствует развитию демпинг-синдрома, желудочного рефлюкс-гастрита.

Предложенный способ оперативного вмешательства выполнен двенадцати больным. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленном послеоперационном периоде (через 5 лет после операции) у всех больных отмечено значительное подавление кислотопродукции. При этом грубых атрофических изменений слизистой оболочки не выявлено. Анацидных состояний после операции не отмечено, явления демпинг-синдрома и дуоденогастрального рефлюкса выражены слабо. По нашему мнению, большую роль в этом играет сохранение трофического влияния гастринна на слизистую оболочку желудка. Выполняемая резекция части антрального отдела желудка предусматривает удаление достаточного количества гастринобразующих клеток для стойкого снижения секреции и сохранения достаточного их количества для поддержания трофической функции.

В отличие от известных, предложенный способ вызывает значительно меньшее количество функциональных расстройств, в основном, за счет сохранения привратникового механизма. Более полное сохранение желудочного резервуара, возможность восстановления порционной эвакуации, пассаж по двенадцатиперстной кишке, стойкое подавление желудочной секреции путем воздействия на обе ее фазы, сохранение трофического влияния гастринна на слизистую оболочку желудка определяют лучшую компенсаторно-адаптационную реакцию организма на комбинированную операцию.

Предложенный способ сохраняет основные преимущества резекции желудка и селективной ваготомии с антрумэктомией (отсутствие рецидивов язв, стойкое снижение кислотопродукции) и органосохраняющих с ваготомией операций (меньшее количество функциональных расстройств и отсутствие атрофии слизистой оболочки желудка в отдаленном послеоперационном периоде).

ОСОБЕННОСТИ МОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ РЕЗЕЦИРОВАННОЙ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА

С. С. Ксенофонов, В. В. Ярошак, П. Ф. Гюльмамедов

г. Донецк

Хирургические методы являются основными в лечении осложненных гастродуоденальных язв, а резекция желудка остается доминирующей операцией выбора у этих больных. Выполненная технически правильно и по строгим показаниям резекция желудка дает вполне удовлетворительные результаты. Вместе с тем, у 10 — 20% больных встречаются пострезекционные болезни, и особую проблему представляет лечение, профилактики послеоперационных рецидивных язв, рецидивов язв культи желудка и двенадцатиперстной кишки.

Выполняемая зачастую вынужденно резекция культи желудка у 15 — 20% больных приводит к неудовлетворительным результатам.

Изучали моторную функцию ререзецированной культи желудка у 13 больных, перенесших операцию от года до 15 лет тому назад. Эту группу составляли 9 мужчин и 4 женщины в возрасте от 24 до 72 лет.

Первичная резекция 1/2 и 3/4 желудка произведена 11 больным, в пределах 1/3 — 2 больным. Применялись различные модификации операции Бильрот-II в вариантах Гофмейстера — Финстерера, Бальфура, Райхель-Полия.

Исследовали моторную функцию культи с помощью введенного в неё тонкого эластичного зонда с резиновым баллоном на аппарате ЭГГ-40М. Наблюдение велось в течение полутора-двух часов натощак и после воздействия химического раздражителя (использовали 10% спирт). Давление в баллоне было постоянным и составляло 7 — 10 мм рт. ст. Кроме электрогастрографического метода, применялось также рентгенографическое исследование. При этом отмечено, что гастрографические результаты не всегда совпадали с рентгенологическими. Недостатком рентгенологического метода является невозможность полноценно изучить моторную активность культи на протяжении длительного времени. В наших наблюдениях ни разу не наблюдалось так называемой «классической» моторной периодики сокращения. Анализ гастрограмм позволил выделить типы моторной деятельности ререзецированной культи желудка.

1. Условно правильный активный тип, при котором присутствуют следующие виды перистальтики: периодическая и выраженная тоническая. Движения регулярны и чередуются с фазами покоя. Отсутствует так называемый «кислотный» вид перистальтики.

2. Произвольный активный тип, при котором наблюдаются все виды движений культи желудка, но преобладают тонические сокращения. Перистальтические волны беспорядочные, глубокие и полностью отсутствуют фазы покоя.

3. Адинамический тип, для которого характерно преобладание длительных фаз покоя. Перистальтические сокращения, если и присутствуют, то нерегулярны и поверхностны. У всех больных применение раздражителя не изменяло тип моторной деятельности. Перистальтика сохраняла тот же характер, что и до применения раздражителя. В очень редкие моменты фиксировалось замедление исходных активных движений. Возбуждение моторной функции культи при третьем типе происходило исключительно редко.

Сопоставив гастрограммы с клиническими и рентгенологическими данными, были обнаружены некоторые закономерности. Пациентов с условно правильным типом моторной активности желудка было 6, из них 3 — ранее перенесли резекцию по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Лишь у двух больных из этой группы при рентгенисследовании отмечена ускоренная, но ритмичная эвакуация бария, у остальных она проходила относительно ритмично, но не была ускорена. У двух был «синдром малой культи». Беспорядочный активный тип моторики имел место у двух больных. У них имелись выраженные расстройства эвакуации: синдром приводящей петли, клинически сопровождавшийся агастральной астенией. Адинамичный тип отмечен у одного больного. Рентгенологически выявлялась картина как быстрого, так и сравнительно своевременного опорожнения культи. Проведенные исследования позволили выявить также доминирующее влияние на ререзецированную культю желудка со стороны перистальтической активности анастомозированной петли тонкой кишки. Различные патологические расстройства, а также немедленное неритмичное опорожнение культи желудка наблюдается чаще у больных с произвольным активным типом моторной функции ее. Хаотические сокращения, преобладание высокотонических (выталкивающих) движений приводит к быстрому опорожнению культи даже при суженном анастомозе. Проявляющиеся клинические различные расстройства часто отмечались и при третьем типе моторной деятельности культи, что, очевидно, можно связать с пониженным тонусом стенки и тенденцией к дискинезии.

Лучшие результаты оказались у пациентов, культя желудка которых сохраняла условно правильный активный тип деятельности.

Таким образом, ререзецированная культя желудка лишь у 1/3 больных восстанавливает относительно нормальную двигательную функцию. Общее состояние больных в большей степени зависит от выраженности пострезекционных адаптационных механизмов организма, чем от техники оперативного вмешательства.

ЛОКАЛЬНИЙ ГЕМОСТАЗ ЗА ВИРАЗКОВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Ф. Г. Кулачек, О. І. Іващук
м. Чернівці

Виразкова дуоденальна кровотеча у хворих похилого та старечого віку залишається актуальною проблемою сучасної абдомінальної хірургії. Це пов'язано з погіршенням соціально-економічних умов, зубожінням даної вікової групи тощо. Хірурги все більше зустрічаються із запущеними випадками, коли у наявності великого розміру кальозні виразки, переважно пенетруючі; у 70 — 90% хворих присутня супутня патологія. Пацієнти поступають до стаціонару на висоті кровотечі, у важкому та вкрай важкому стані. Ендоскопічний гемостаз, в силу переваги у даній категорії «старечих виразок», малоефективний і має високий відсоток рецидиву кровотечі.

Резекційні методи оперативних втручань мають високий відсоток летальності, більш довготривалі, технічно складніші. Органозберігаючі операції вигідно відрізняються своєю короткотривалістю, що зовсім не байдуже для даної категорії хворих. Особливу проблему для хірургічного лікування складають виразки задньої стінки дванадцятипалої кишки (ДПК) із-за топографоанатомічних особливостей їх розташування та прилягаючих органів.

Кровотеча з дуоденальної виразки задньої стінки, розташованої в безпосередній близькості коло великого дуоденального соска у хворих похилого та старечого віку, являє собою ще важливішу хірургічну проблему. Це пов'язано з можливістю, при хірургічних і ендоскопічних маніпуляціях в даній ділянці, пошкодження жовчодуку і вірусунгового протоку.

Поєднання гігантських розмірів кровоточивої виразки задньої стінки з локалізацією в безпосередній близькості від великого дуоденального соска досить часто ставить оперуючого хірурга перед проблемою вибору оперативного втручання. Немоżliвість видалити виразку, неефективність ендоскопічних методів гемостазу, селективної емболізації артеріального русла залишає високий відсоток рецидивів кровотечі як в ранні, так і в інші терміни, особливо у хворих похилого та старечого віку.

Застосування тампонуєчих кровоточиву виразку оперативних втручань (локальний гемостаз) дозволяє не тільки спасти хворому, а і забезпечити виведення виразки із просвіту шлунково-кишкового тракту. Всі методи гемостазу з тампонадою виразки задньої стінки можна розділити на 2 великі групи — без розкриття просвіту ДПК і з розкриттям її просвіту.

Виходячи з цього, нами були розроблені методи локального гемостазу кровоточивих виразок задньої стінки дванадцятипалої кишки без розкриття просвіту останньої. Техніка власних методів полягає у тампонажі передньою стінкою ДПК виразки задньої в залежності від локалізації (цибулина, післяцибулинний відділ), розмірів виразки (до 1,5 см; >1,5 см в діаметрі), пенетрації в прилягаючі органи (підшлункова залоза).

Отримані експериментальні результати (30 тварин) засвідчили високі гемостатичні властивості даних методів, які зберігаються від моменту виконання до 3 — 5 діб (не нижче 147 мм вод. ст.). При локальному гемостазі відбувається повне перекриття просвіту ДПК, що зумовлює накладання попередуючого гастроентероанастомозу з браунівським з'єднанням. Таким чином, відбувається процес «фізіологічного» виведення («фізіологічна» екстериторизація) кровоточивої виразки за межі травного каналу, тобто нормального процесу фізіологічного травлення в шлунково-кишковому тракту при збереженні анатомічного розташування останньої в ДПК. При «анатомічній» екстериторизації виразка (як патологічний субстрат) повністю виводиться з просвіту шлунково-кишкового тракту і тампонується окремими ділянками кишечника, інших структур.

Відновлення прохідності при власних способах гемостазу в терміни до 3 місяців дозволяє уникнути дії шлункового та дуоденального вмісту на виразку і сприяє її загоєнню. Окрім того, відновлення фізіологічного шляху пасажу по шлунково-кишковому тракту зменшує навантаження на ділянку гастроентероанастомозу і покращує перебіг компенсаторно-приспосовних процесів у відповідь на зміну характеру пасажу. Відновлення звичайного пасажу по дванадцятипалій кишці не може слугувати пусковим фактором у виникненні рецидиву виразки, а також кровотечі, оскільки розділення потоків евакуації шлункового вмісту значно зменшує подразнюючу дію останнього на слизову ДПК. В той же час відновлюється нейтралізуюча дія дуоденального вмісту на скомпрометовану ділянку, що підсилює фактори захисту на противагу факторам агресії.

Застосування запропонованих способів в клініці у 14 хворих засвідчило високі гемостатичні властивості. Для контролю гемостазу після операції в ДПК підводився зонд через гастроентероанастомоз. Післяопераційний перебіг у даних пацієнтів характеризувався корекцією порушень гомеостазу, супутньої патології. Рецидиву кровотечі не відмічено в жодного хворого. Померло 2 пацієнти від прогресуючої серцево-судинної недостатності (14,3%). Інші в задовільному стані виписані на амбулаторне лікування.

При контрольній гастроскопії у 8 хворих через 3 і 3,5 місяця прохідність ДПК не відновлена.

Висновки:

1. «Фізіологічна» екстериторизація на відміну від «анатомічної» дозволяє створити умови для загоєння виразки, а також у віддалені терміни відновити прохідність ДПК.

2. Розроблені методи гемостазу кровоточивої виразки задньої стінки цибулини ДПК без розкриття просвіту останньої технічно нескладні у виконанні, короткотермінові і можуть бути виконані в хірургічних стаціонарах всіх рівнів.

ДИСКРЕТНЫЙ ПЛАЗМОФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

А. Е. Лагода, А. В. Береснев, В. М. Зыбин, С. А. Павличенко, А. Н. Лунев, Г. Е. Молотягин,
Ю. П. Гниденко, А. С. Петренко, П. В. Свирепо, П. П. Апкарьян, Н. А. Дорожко

г. Харьков

Гнойные осложнения в брюшной полости после операций на желудке относятся к наиболее тяжелым. Причиной является перитонит при поздней операции при перфоративной язве или при несостоятельности кишечного шва при выполнении самой операции. Летальность при гнойных осложнениях после операций на желудке составляет 15 — 20%.

Неудовлетворительные результаты лечения послеоперационного перитонита обусловлены поздней диагностикой развившегося осложнения, объемом оперативного пособия и неадекватной комплексной корригирующей терапией.

В патогенезе развившегося патологического процесса при гнойных осложнениях в брюшной полости ведущая роль принадлежит интоксикации, обусловленной парезом кишечника и, как следствие, микробной дислокацией, приводящей к поражению прежде всего печени. Накопление в крови продуктов нарушенного метаболизма усугубляет интоксикацию. В этих условиях ранняя диагностика, ранняя операция, полноценная санация брюшной полости и соответствующая детоксикационная терапия определяют прогноз.

В данной статье мы анализируем результаты лечения 109 больных за 1990 — 1999 гг. Из них у 85 перитонит развился при поздней доставке в стационар больных перфоративной язвой (умерло 5), у 12 больных при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (умерло 2) после резекции желудка и у 12 больных при несостоятельности желудочно-кишечного анастомоза после резекции желудка (умерло 2).

Частота послеоперационного перитонита зависит от характера патологии, распространенности процесса и от объема выполненной операции. Так, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки (12 больных) возникла после резекции низко сидящей пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной желудочно-кишечным кровотечением. Несостоятельность анастомоза (12 больных) возникла после операций по поводу рака желудка. Релапаротомия выполнена у 5 пациентов после перфорации язвы двенадцатиперстной кишки на фоне разлитого перитонита.

Анализ наших данных показал, что при релапаротомии, несмотря на тяжесть общего состояния и травматичность операции, более оправданно выполнение радикального оперативного вмешательства (гемирезекция, резекция анастомоза).

Своевременная и радикально выполненная операция при послеоперационном перитоните является основным условием благоприятного исхода и снижения летальности. При одновременном проведении адекватной детоксикационной терапии.

С целью активной детоксикации у 32 больных с перитонитом мы применили дискретный плазмоферез, используя отечественный аппарат РС-6. За 30 — 40 мин. до дискретного плазмофереза больному вводили 500 мл физиологического раствора или 5% глюкозы и 200 мл гемодеза, после чего в стерильных условиях проводили забор крови — 800 мл в два флакона по 400 мл с добавлением 10 тыс. ед. гепарина. В аппарате РС-6 производили разделение крови на фракции, удаляли 600 мл плазмы с возвратом больному 200 мл эритроцитарной массы внутривенно.

Плазмоферез производили 2 — 3 раза в зависимости от общего состояния и степени выраженности синдрома эндогенной интоксикации (СЭИ). Для оценки тяжести СЭИ и эффективности дискретного плазмофереза мы использовали:

— Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) Кальф-Калифа Я. Я.

— индекс по Гаркави и разработанный нами (1994) метод определения дефицита ионной силы сыворотки крови (ДИС).

У всех больных после сеанса плазмофереза наступало значительное улучшение общего состояния и снижение лабораторных показателей уровня интоксикации.

Этот метод ни в коем случае не заменит хирургическую и медикаментозную коррекцию нарушенного обмена веществ, он удачно дополняет их. Малая травматичность, простота технического выполнения, достаточно высокая эффективность оправдывают его назначение больным с выраженной интоксикацией с послеоперационным перитонитом после операций на желудке.

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Е. Лагода, И. А. Григорова, Г. Е. Молотягин, А. Н. Лунев, А. С. Петренко, Ю. П. Гниденко, Н. А. Дорожко, П. П. Апкарьян
г. Харьков

Целью работы явилось изучение влияния комбинированной (эндолимфатической и интраперитонеальной) иммунокоррекции на состояние иммунореактивности в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от степени выраженности перитонита.

Иммунокоррекция проводилась препаратами Т-активин (эндолимфатически) в дозе 1 мг на кг массы тела и тиотриазолин (интраперитонеально) в дозе 4 мл 1% раствора на 100 мл физиологического раствора 1 — 2 раза в сутки.

Всего обследовано 243 больных в возрасте от 17 до 74 лет. Все больные прооперированы в ургентном порядке.

Для оценки иммунореактивности организма определялись показатели как клеточного, так и гуморального звеньев иммунитета, а также содержание циркулирующих иммунокомплексов (ЦИК) и среднемoleкулярных полипептидов (молекул средней массы, МСМ) в сыворотке крови пациентов в динамике.

Все обследуемые пациенты были разделены на следующие клинические группы:

- 1) Больные перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, оперированные в ранние сроки до развития явлений перитонита;
- 2) Больные перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной местным перитонитом;
- 3) Больные перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной развитием диффузного перитонита.
- 4) Больные перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной развитием разлитого перитонита.

При поступлении у больных первой группы существенных нарушений иммунореактивности не было выявлено, однако в течение первых суток после оперативного вмешательства отмечен умеренно выраженный дефицит показателей как клеточного (снижение Т-общих и Т-активных лимфоцитов по сравнению с нормой на 30,4% и на 5,4% соответственно), так и гуморального (снижение концентрации Ig классов А, G и М на 16,8%, 17,9% и на 9,5% соответственно, и повышение уровней ЦИК и МСМ) звеньев иммунитета.

В дальнейшем, несмотря на клинически гладко протекающий послеоперационный период, были выявлены расхождения в восстановлении показателей иммунореактивности в основной и в контрольной группах.

На момент выписки значения показателей Т-клеточного звена иммунитета в основной группе нормализовались, в то время как аналогичные показатели в контрольной группе были сни-

жены. Так, содержание Т-общих лимфоцитов и Т-активных лимфоцитов было снижено соответственно на 25,9% и 4,4% от нормы.

Несколько иная картина наблюдалась во второй группе. При обследовании больных до операции и в первые сутки послеоперационного периода выявлены более выраженные изменения иммунореактивности в эти сроки, которые существенно не отличались от дооперационных. При этом наблюдалось снижение уровня Ig всех исследуемых классов на 23,1%, 26,8% и на 4,8% соответственно; повышалась активность и интенсивность фагоцитоза на 9,02% и на 13,7% соответственно как в основной, так и в контрольной группах.

В дальнейшем продолжалось усугубление имеющихся нарушений, более выраженное в контрольной группе.

На седьмые сутки послеоперационного периода отмечалась стабилизация иммунологических показателей, а в основной группе и выраженная тенденция к их нормализации.

При выписке сохранялось умеренно выраженное угнетение показателей иммунореактивности и повышенный уровень полипептидных соединений, причем данные изменения были более выражены в контрольной группе. Так, например, уровень МСМ и ЦИК был повышен в основной и в контрольной группах соответственно на 10,6%, 20,8% и 11,7%, 29,2%.

В третьей группе при поступлении отмечались выраженные нарушения иммунологической реактивности, проявившиеся в угнетении Т-клеточного звена иммунитета и в значительном повышении уровня МСМ, ЦИК и В-лимфоцитов. Указанные изменения усугублялись в первые сутки после операции.

На третьи сутки послеоперационного периода под влиянием иммунокорригирующей терапии отмечалось некоторое повышение уровня Т-общих лимфоцитов в основной группе, однако их уровень оставался ниже нормы на 36,1%. В эти же сроки отмечалось снижение уровней ЦИК и МСМ в основной группе, хотя их уровень превышал норму на 51,4% и на 108,3%.

Начиная с седьмых суток послеоперационного периода в основной группе отмечалось повышение уровней Т-активных лимфоцитов и Ig класса G, которые к моменту выписки приближались к норме. В контрольной группе аналогичные показатели в указанные сроки составили $23,4 \pm 1,6\%$ и $10,2 \pm 1,2$ г/л; при выписке — $27,2 \pm 1,6\%$ и $10,3 \pm 0,2$ г/л.

Наиболее тяжелые нарушения иммунологической реактивности организма отмечены у боль-

ных четвертой группы, проявившиеся развитием на фоне полиорганной недостаточности вторичного иммунодефицита, обусловленного значительным снижением показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета еще на дооперационном этапе. В первые сутки послеоперационного периода отмечено дальнейшее нарастание вторичного иммунодефицита.

На фоне проводимой в послеоперационном периоде иммунокорректирующей терапии у больных основной группы отмечена более быстрая нормализация показателей иммунореактивности и более выраженное снижение и исчезновение явлений эндотоксикоза.

На момент выписки уровни ЦИК и МСМ отличались от среднефизиологических, оставаясь повышенными на 13,2% и 22,5% и на 37,5% и 66,7% соответственно. Уровень иммуноглобули-

нов всех изучаемых классов на момент выписки отличался от среднефизиологического как в основной, так и в контрольной группах, однако в основной группе концентрация иммуноглобулинов классов А, G и М была ближе к нормальной (1,3±0,1 г/л, 11,9±0,8 г/л и 1,15±0,1 г/л), чем в контрольной (1,21±0,1 г/л, 10,8±0,7 г/л и 1,3±0,11 г/л).

Таким образом, у больных перфоративной язвой имеются выраженные нарушения всех звеньев иммунитета, усугубляющихся в зависимости от выраженности перитонеальных явлений. Проведение в послеоперационном периоде на фоне общепринятых лечебных мероприятий комбинированной иммунокорректирующей терапии приводит к более быстрому и полному восстановлению клеточного и гуморального иммунитета у больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА С ПОМОЩЬЮ ОПТИЧЕСКОЙ БИОПСИИ

В. Ф. Саенко, А. Ю. Иоффе, Л. Ю. Маркулан, Л. С. Белянский, В. Г. Мишалов, В. Т. Волик
г. Киев

Способность дуоденального содержимого вызывать морфологические изменения слизистой оболочки желудка (СОЖ) при дуоденогастральном рефлюксе (ДГР) — общепризнанный факт. Характерным результатом длительной регургитации желчи являются прогрессирующие деструктивно-дистрофические и диспластические процессы в поверхностно-ямочном эпителии. Одним из проявлений приспособительной реакции СОЖ при ДГР является ее перестройка по кишечному типу — кишечная метаплазия или энтеролицизация. Частота выявленной энтеролицизации у больных с ДГР колеблется от 16 до 66%.

Динамическое наблюдение над больными показало, что эпителиальная дисплазия различной степени выраженности протекает по-разному. Так, дисплазия 1 степени способна к быстрой регрессии, поэтому ее следует рассматривать как ответную реакцию на воспаление. Дисплазия второй степени в течение 4-х лет также чаще подвергается обратному развитию, реже — переходит в дисплазию III степени. Последняя, в основном, остается постоянной в 76%, и на ее фоне спустя три года и более у 8,7% больных развивается поверхностный рак желудка. Из-за невозможности предугадать потенцию дисплазии многие исследователи рекомендуют проводить больным РГ гастробиопсию не реже одного раза в 6 месяцев.

В отличие от явных органических поражений СОЖ (какими являются эрозии, язвы, опухоли), очаги энтеролицизации и диспластических изменений СОЖ не всегда четко визуализируются при фиброгастроскопии и, следовательно, эффективность диагностики зависит от субъективного

фактора — опыта и интуиции эндоскописта. Поэтому улучшение диагностики морфологического состояния СОЖ достигается увеличением количества биопсий. Однако это также не гарантирует достоверной оценки состояния СОЖ.

С целью объективизации выявления очагов кишечной метаплазии и дисплазии СОЖ нами изучены возможности метода оптической биопсии. Принцип метода основан на способности ряда препаратов — фотосенсибилизаторов накапливаться в атипичных клетках и флуоресцировать под воздействием луча лазера в определенном диапазоне частот (отличном от нормальных клеток) и последующей биопсией этих участков ткани.

В качестве фотосенсибилизатора использовали гиперфлав (гиперицин-содержащий фотосенсибилизатор), имеющий пики абсорбции на длине волны 550 нм и пики флуоресценции на длине волны 600 и 645 нм.

Методика исследования состояла в назначении больному per os гиперфлава однократно за 4 — 10 часов до исследования из расчета 0,1 — 0,15 мг гиперпицина на килограмм массы тела (1 капсула гиперфлава 0,25 г содержит 4 мг гиперпицина); выявлении участков СОЖ с искомым спектром излучения и последующей биопсией этих участков. В качестве источника света использовали гелий-кадмиевый лазер. Два световода проводили через биопсийный канал фиброгастроскопа, по одному из которых излучение лазера подавали на исследуемую СОЖ, по другому отводили отраженный флуоресцентный сигнал к спектроанализатору и визуализировали его на экране компьютера.

У больных с ДГР брали биопсию из 6 точек: обычным методом (3 точки) и с помощью оптической биопсии (3 точки, дающие флуоресценцию гиперциана).

Обследовано 47 больных (32 женщины и 15 мужчин в возрасте от 23 до 56 лет) с ДГР I — III степени; 28 из них ранее оперированы — холецистэктомию перенесли 22 больных, селективную проксимальную ваготомию с пилоропластикой 6.

Всего взято 282 образца СОЖ: по 141 обычным методом и методом оптической биопсии.

При обычной методике кишечная метаплазия и диспластические изменения СОЖ обнаружены в 75 образцах (в трех образцах у 12 боль-

ных, в двух — у 17, в одном — у 5); при оптической биопсии — в 119 образцах (соответственно у 37,3 и 2 больных).

Таким образом, при обычной методике биопсии у 19% больных не обнаруживаются патологические изменения СОЖ, найденные при оптической биопсии. В группе больных с доказанной патологией (по двум гистологическим образцам) чувствительность обычного метода биопсии составила 73%, а при оптической биопсии — 95%.

Полученные данные свидетельствуют о достоверно большей эффективности оптической биопсии по сравнению с обычной методикой в диагностике метапластических и диспластических поражений СОЖ при рефлюкс-гастрите.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВАГОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ИССЕЧЕНИЕМ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Б. И. Пеев, В. И. Бильченко, Ю. С. Ребров, Е. Л. Шальков, А. Н. Довженко, Д. А. Смецков, В. В. Климов, С. Б. Пеев

г. Харьков

Нет единой концепции о выборе метода операции при язвенной болезни 12-перстной кишки (ДПК), осложненной перфорацией. Наиболее дискуссионным является вопрос о выполнении ваготомии и иссечении перфоративной язвы в условиях общего и разлитого перитонита.

До настоящего времени имеются лишь единичные сообщения об изучении отдаленных результатов у больных, перенесших ваготомию с иссечением язвы. Все это свидетельствует об актуальности рассматриваемых вопросов.

С целью изучения отдаленных результатов, в различные сроки после операции по поводу перфоративной язвы ДПК, нами обследовано 119 больных. Обследование проводилось как в ближайшем п/о периоде, так и в сроки от 1 до 5 лет. Стволовая ваготомия (СтВ) с иссечением язвы и пилоропластикой выполнена у 39 (32,8%) больных. Селективная ваготомия (СВ) с иссечением язвы и пилоропластикой у 50 (42%) больных. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дренирующей операцией у 12 (10,08%) больных, и СПВ с иссечением язвы и сохранением привратника у 11 (9,24%) больных. У 7 (5,88%) больных выполнено иссечение язвы без ваготомии. При выполнении СтВ и СВ в обязательном порядке операции дополнялись пилоропластикой. У больных с СПВ при локализации язвы в пилорoduоденальной зоне выполнялась пилороразрушающая операция, а у больных с язвой ДПК привратник сохранялся. 48 (40,33%) больных оперировано на фоне распространенных форм перитонита. Иссечение язвы без ваготомии выполнялось из-за крайне тяжелого состояния больных.

При выполнении операций мы пользовались

разработанным нами алгоритмом, где учитывались наличие и распространенность перитонита, локализация язвенного процесса, деформация или ожирение малого сальника и степень операционного риска.

Показаниями для СтВ служили: 1. Распространенная форма фибринозно-гнойного перитонита. 2. Тяжелые сопутствующие заболевания. 3. Нарушение топографии нерва Латарже в виде ожирения или деформации малого сальника.

СВ выполняли при следующих условиях: 1. Распространенная форма перитонита с перфорацией пилорoduоденальной язвы. 2. Перфорация пилорoduоденальной язвы с нарушением топографии нерва Латарже. 3. Инфильтрация и ожирение малого сальника, когда существует угроза ранения подлежащих органов. 4. Высокий операционный риск. СПВ выполнялось при: 1. Отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. 2. Дуоденальной локализации язвы. 3. Отсутствии патологии малого сальника. У всех больных операции дополнялись декомпрессией желудка, ДПК и начального отдела тощей кишки.

В ближайшем п/о периоде у 6 больных отмечались явления атонии желудка. У всех больных была выполнена СтВ с дренирующей желудок операцией. У 4 больных отмечались явления перивисцерита, которые купировались консервативными мероприятиями (1 больной после СПВ, 2 после СВ, 1 после СтВ).

У 3 больных, где была выполнена СПВ с расширяющей пилоропластикой, имело место наличие диареи (до 5 раз в сутки жидкий стул), которая купировалась введением бензогексония и диетотерапией.

При изучении моторики желудка в ближайшем п/о (до 3 месяцев) периоде, у больных, где

была выполнена СтВ и СВ, невзирая на пилороразрушающие операции, в 73,4% отмечалась замедленная эвакуация контрастной массы из желудка, после СПВ эвакуация не страдала.

На ЭГГ 43,4% больных после СтВ и СВ отмечено снижение тонуса желудка. После СПВ в 5 случаях выявлен гипертонус, у остальных несколько сниженный или нормокинетический тип ЭГГ.

В отдаленном периоде после операции нами изучались следующие показатели: клинический анализ крови и мочи, биохимия крови, рН желудка и желудочный сок, моторика желудка, выполнялось рентгенологическое исследование желудка, фиброэзофагогастродуоденоскопия и электрогастрография. Оценка отдаленных результатов проводилась по модифицированной классификации Visick (1948 г.). С момента операции до 1 года обследовано 42 больных, 1 — 2 года после операции — 38 больных, 3 года — 47 больных, 4 года — 40 больных, 5 лет — 56 больных. До 1 года хорошие результаты выявлены у 19 больных, удовлетворительные — у 6 больных и отличные — у 17 больных. Неудовлетворительных результатов не выявлено. 1 — 2 года у 1 больного отмечается частый жидкий стул (больному выполнена СтВ). У 3 после СтВ замедленная эвакуация контрастной массы из желудка. При

ФЭГДС выявлены лигатурные гранулы с изъязвлением слизистой. Удаление лигатур привело к выздоровлению. У 12 больных выявлен рефлюксный эрозивный гастрит, у 1 — явления демпинг-синдрома 1 ст. и у 2 — умеренный гастростаз.

При рН-метрии у 11 больных имело место гиперацидное состояние (рН колебалось от 0,8 до 1,2), что расценено нами как неполная ваготомия (6 после СПВ, 2 после СтВ, 3 после СВ). Через 4 — 5 лет нами наблюдались хорошие и отличные результаты в 96% случаев, у 3% — удовлетворительные результаты и у 1% наблюдался рецидив язвенной болезни ДПК.

Таким образом, при выборе метода операции у больных с перфоративной язвой ДПК применение разработанного нами алгоритма позволило выполнить оптимальный объем оперативного вмешательства и улучшить ближайшие и отдаленные п/о результаты. Функциональное состояние желудка в первые 3 года после операции зависит от вида выполненной ваготомии. По истечении 3 — 4 лет наблюдается восстановление моторно-эвакуаторной функции желудка независимо от вида выполненной ваготомии. Операцией выбора при перфоративной язве ДПК считаем один из видов ваготомии с иссечением язвенного субстрата.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И. А. Тарабан
г. Харьков

Вегетативная нервная система — это мощнейший регулятор важнейших процессов жизнедеятельности в организме человека. Изменение ее состояния, а особенно соотношения двух неразрывных ее частей — симпатической и парасимпатической систем является пусковым механизмом в развитии различных патологических состояний. В последние годы многими учеными показана ее значительная этиопатогенетическая роль в ulcerообразовании, в основном за счет регуляции процессов микроциркуляции, регенерации и защиты слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Особое значение это имеет, когда язвенная болезнь осложняется кровотечениями. Исходя из этого, исследования, позволяющие оценить вегетативную реактивность, выявить гипер- или гипоактивные формы вегетативного реагирования, определение симпатико- или парасимпатикотонии, имеют важное значение не только в неврологической, но и в хирургической практике, а особенно при язвенных гастродуоденальных кровотечениях.

В клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии состояние вегетативной нервной системы было проанализировано у 128

больных с язвенной болезнью желудка (36) и двенадцатиперстной кишки (92) в возрасте от 21 до 79 лет. Неосложненная язвенная болезнь диагностирована у 15 больных. Пациенты с кровотечением (113) были распределены по группам с учетом степени кровопотери в соответствии с классификацией А. А. Шалимова, В. Ф. Саенко. Группу с кровопотерей 1 степени (до 20% ОЦК) составили 38 больных, у 24 была кровопотеря II степени (от 20 до 30% ОЦК) и кровопотеря III степени (более 30% ОЦК) пациента была определена у 51 больного. Группу сравнения составили 12 доноров, которых считали относительно здоровыми.

Для более точной и правильной оценки состояния вегетативной нервной системы нами использовался комплекс мероприятий, включающий: 1) фармакодинамические пробы; 2) изучение соматовегетативных (сердечно-сосудистых) рефлексов; 3) оценка кожных вегетативных рефлексов; 4) изучение потовых рефлексов; 5) определение вегетативного индекса Кердо.

Для фармакодинамических проб применяли внутрикожное введение симпатикотропных и ваготропных веществ. Как симпатикотропное

вещество использовали адреналин, а в качестве ваготропного (парасимпатикотропного) — ацетилхолин. По интенсивности и длительности реакции судили о повышенной возбудимости той или иной системы. Кроме того, для оценки степени сосудорасширяющих свойств капиллярной сети использовали гистаминовую пробу.

Из соматовегетативных рефлексов применяли ортостатический рефлекс Превеля, клино-статический рефлекс Даниелополу и рефлекс Ортнера. Эти рефлексы основаны на некотором повышении тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы в положении лежа. О ваготонии могли судить при помощи глазосердечного рефлекса Ашнера-Даньини, а также при помощи солярного и синокаротидного рефлексов.

Кожные вегетативные рефлексы оценивали путем изучения дермографизма и пилomotorного симпатического рефлекса. Усиление белого дермографизма (как и появление феномена «белого пятна») указывало на симпатикотонию сосудов кожи. Очень разлитой и слишком длительный (стойкий) красный дермографизм расценивали как преобладание парасимпатического влияния вегетативной нервной системы. Появление патологического «возвышенного дермографизма» также подтверждало парасимпатикотонию. Пилomotorный (мышечно-волосковый) рефлекс «гусиной кожи» свидетельствует в пользу симпатикотонуса.

При изучении потовых рефлексов применяли гидрофильную пробу Мак Клюра — Олдрича. Ускорение рассасывания введенного подкожно физиологического раствора оценивали как повышение тонуса парасимпатической системы, а замедление как симпатикотонию.

Индекс Кердо, свидетельствующий о тоне симпатической нервной системы, определяли по формуле: $ВИ = (1 - \frac{D}{P}) \times 100$,

где ВИ — вегетативный индекс Кердо; D — диастолическое артериальное давление; P — пульс в 1 мин. В группе сравнения он составил $0,61 \pm 3,72$. В группе больных с неосложненной язвенной болезнью $8,23 \pm 5,28$, а в группах с кровопотерей колебался от $19,12 \pm 8,61$ при легкой кровопотере до $73,14 \pm 15,87$ при тяжелой кровопотере.

Следует отметить, что большинство приведенных проб и методик изучения вегетативной нервной системы обычно применяли в плановой и в ранней плановой хирургии язвенной болезни, или у больных с кровопотерями легких степеней, в раннем плановом периоде. В этих случаях пробы и их оценка выполнялись совместно с невропатологом. В urgentных ситуациях с этой же целью пользовались вегетативным индексом Кердо.

У большинства пациентов выявленные нарушения вегетатики проявились в превалировании симпатической нервной системы. Кроме того, была установлена прямо пропорциональная зависимость между степенью тяжести кровопотери и тонуса симпатической системы — чем тяжелее кровопотеря, тем выше симпатикотонус.

Выявленные нарушения вегетативной нервной системы требовали соответствующей медикаментозной и хирургической коррекции. Так, проводившаяся предоперационная и интраоперационная терапия включала аденоблокаторы и симпатолитические средства, что способствовало усилению нейровегетативной защиты организма больного. При этом обязательным условием считали адекватную интенсивную инфузионную терапию, которую начинали проводить с момента поступления больного в стационар. Данная схема медикаментозной коррекции способствовала достижению стабильных показателей центральной и периферической гемодинамики на уровне адекватного тканевого и органного кровотока.

Все больные были оперированы, из них в urgentном порядке 53 пациента. В зависимости от локализации язвы, степени тяжести кровопотери, особенностей кислотообразования, возраста больного выполнялись органосохраняющие или органосохраняющие оперативные вмешательства с адекватным видом ваготомии.

Интраоперационно, у пациентов с умеренно выраженными нарушениями вегетативной нервной системы (симпатикотонусом) проводили новокаиновые блокады абдоминальных нервных сплетений (чревного, печеночного, верхнебрыжеечного). В 84 случаях, для ликвидации последствий стойкого гипертонуса симпатической нервной системы, были выполнены периартеральные симпатэктомии различных магистральных артерий брюшной полости.

Оценка микрогемодикуляции, проводившаяся методом прямой реовазографии и импедансометрии, показала, что стволовая ваготомия ухудшает кровоток желудка и улучшает кровоток двенадцатиперстной кишки, селективная ваготомия существенного влияния на кровоток не оказывает, а селективная проксимальная ваготомия ухудшает кровоснабжение малой кривизны желудка. Выполнение новокаиновых блокад абдоминальных нервных сплетений стабилизирует кровоток, а после симпатэктомии магистральных артерий брюшной полости установлено достоверное улучшение кровотока околязвенной зоны. Исходя из этого, у пациентов с резко выраженным симпатикотонусом и при выполнении селективной проксимальной ваготомии считали целесообразным дополнение основного вмешательства вспомогательной операцией — периартеральной симпатэктомией артерий, кровоснабжающих соответствующий локализации язвы отдел желудка или двенадцатиперстной кишки.

Общая послеоперационная летальность в группах с острыми желудочно-кишечными кровотечениями составила 2,7%, а число послеоперационных осложнений — 14,3%.

Таким образом, изучение состояния вегетативной системы и своевременная адекватная коррекция ее нарушений способствуют улучшению результатов хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

О. Ч. Хаджиев, В. И. Лупальцов
г. Харьков

Нами проанализированы результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у 725 больных в возрасте от 15 до 82 лет. Клиническая характеристика больных показывает, что подавляющее большинство составляют больные в возрасте до 40 лет (54,8%). Проведенный анализ показал, что перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в 30% случаев наступила при бессимптомном лечении заболевания, а у 12% больных отмечены симптомы диспепсии.

При определении объема хирургического пособия нами учтено время с момента перфорации до поступления в стационар, характер и распространенность перитонита, возраст больных, сопутствующая патология, наличие и распространенность перитонита, локализация язвы и состояние тканей в периульцелярной зоне, рН-желудка и наличие рубцовых изменений выходного отдела желудка.

В первые 6 часов в стационар было доставлено 79,2% больных, до 12 — 10,2%, до 24 — 4,8% и позже 24 часов — 5,8% больных.

Перфоративная язва была обнаружена в желудке у 15% больных, а у 85% больных язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, причем в 14,7% случаев обнаружено зеркальное расположение язвы.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и хроническая почечно-печеночная недостаточность.

Для установления диагноза использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости. При этом свободный газ был выявлен в 63% случаев. При отсутствии свободного газа использовали пневмогастрографию, фиброэзофагогастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование, лапароскопию. Все больные были оперированы в срочном порядке, кроме 6 больных, которым произведена отсроченная операция в связи с возникшими диагностическими трудностями.

Ушивание перфорационного отверстия по Островскому или Опелю-Поликарпову было выполнено у 15,3% больных. Показаниями к использованию данного хирургического пособия считаем наличие диффузного или общего гнойного перитонита, отягощенный анамнез. В этой группе умерло 8 больных. Причиной смерти яви-

лось прогрессирование перитонита, тромбоэмболия легочной артерии, легочно-сердечная недостаточность, острый инфаркт миокарда. После выполнения простого ушивания перфорационного отверстия в послеоперационном периоде назначали препараты для подавления желудочной секреции (квamatел), *N. pylori* (амоксциллин, де-нол и т. д.) и нормализации микроциркуляции и лимфооттока в зоне повреждения (гемодез, реополиглюкин, компламин, трентал).

Резекция желудка была выполнена у 5,5% больных. Показаниями к выполнению первичной резекции желудка считали локализацию язвы в желудке, повторную перфорацию или наличие рубцовых стенозов привратника. В этой группе умерло 3 больных. Причиной смерти явилась сопутствующая патология.

Подавляющему большинству больных были выполнены органосберегающие операции с одним из видов ваготомии. Ваготомия выполнялась для подавления кислотно-пептического фактора, который изучался путем внутрижелудочной рН-метрии до и во время операции. Селективно-проксимальная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой была выполнена в 38,5% случаев. Селективная ваготомия — 32,9% больных. Показаниями к ее выполнению считали те случаи, когда обнаружение нерва Латарже было затруднительно из-за инфильтрации малого сальника. Стволовая ваготомия была выполнена у 7,3% больных. Она применялась при сочетании перфорации с кровотечением, а также больным с отягощенным анамнезом. В этой группе умерло 2 больных. Причиной летальности явились острый инфаркт миокарда и ранняя спаечная кишечная непроходимость.

Полученные результаты свидетельствуют, что в условиях ургентной хирургии выполнение резекционных и органосберегающих операций с одним из видов ваготомии должны быть строго индивидуализированы и к ним должны быть выработаны четкие аргументы. В остальных случаях хирург должен выполнить простое ушивание перфорационного отверстия с последующей реабилитацией больных современными противоязвенными препаратами, соответствующими саногенезу язвенной болезни.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ МОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ

А. В. Щитов

г. Киев

Наиболее распространенным осложнением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является пилородуоденальный стеноз, который служит самым частым показанием к оперативному лечению — от 10 до 50%. Вопрос о показаниях к оперативному вмешательству при язвенном стенозе в настоящее время не дискутируется. Целью операции является: восстановление проходимости пищи, нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка, излечение от язвенной болезни при низкой операционной летальности. Вместе с тем проблему выбора метода операции при декомпенсированном язвенном пилородуоденальном стенозе (ДЯПДС) однозначно решить нельзя. Нарушения эвакуаторной функции желудка после операций по поводу язвенной болезни наблюдаются у 5,9 — 12,5% больных. Опасность возникновения длительной постваготомной атонии желудка при декомпенсированном стенозе служит причиной отказа от ваготомии с дренирующими операциями в пользу резекции желудка. Однако необходимость резецировать растянутый при декомпенсации желудок возникает далеко не всегда.

Основанием для настоящего сообщения послужил опыт обследования и хирургического лечения 281 (47,5%) больного с ДЯПДС. Диагноз и степень обратимости нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка определяли по результатам гастродуоденоскопии, рентгеноскопии, баллонографии с раздражителем, pH-метрии.

В соответствии с классификацией А. А. Шалимова до предоперационной подготовки, стадия неполной декомпенсации диагностирована у 152 (54,1%), стадия полной у 129 (46,9%) больных. Основным различием между ними была обратимость сократительной способности желудка, определяемая при помощи баллонографии натощак и в ответ на мощный раздражитель — транскутанную электрогастростимуляцию (ТЭГС). При декомпенсированной стадии стеноза моторика желудка резко ослаблена или же вовсе отсутствует. Однако в ответ на ТЭГС возможно ее появление или усиление у ряда больных, что говорит о частичной, неполной декомпенсации. При стадии полной декомпенсации моторика желудка в ответ на ТЭГС, как и исходная, резко ослаблена или отсутствует.

Всем больным на протяжении 2 — 4 недель

проводилась предоперационная подготовка. Характер лечебных мероприятий был направлен на компенсацию водно-электролитного и белкового баланса. С этой целью в первые сутки с момента поступления внутривенно вводилось 3 — 3,5 литра жидкости, включая электролиты. Для подавления процессов брожения и декомпенсации трижды в день промывался желудок. После подготовки желудка при помощи эндоскопа проводился зонд для энтерального питания за место стеноза. По мере увеличения объема энтерального питания внутривенное введение жидкости уменьшалось. Для профилактики диареи через зонд вводились ферментативные препараты. Оптимальная скорость непрерывной подачи диеты не превышала 125 мл/ч. Одновременно с этим проводилась противоязвенная терапия Н-2 блокаторами. С целью улучшения моторики желудка ежедневно проводились сеансы транскутанной электрогастростимуляции (обычное значение сигналов: по напряжению 15 — 25 в, по току 20 — 40 ма, полная девиация частоты следования импульсов 20 — 100 Гц). У 243 пациентов (86,6%) удалось улучшить моторику желудка, в том числе у 91 больного (32,5%) — стадия полной декомпенсации переведена в неполную. Этой группе больных была произведена селективная проксимальная ваготомия с дренирующими операциями.

Резекция желудка выполнена 38 больным (13,4%), так как улучшения моторной функции желудка добиться не удалось.

Отдаленные результаты изучены у 172 больных в сроки от 1 до 5 лет. Рецидивы заболевания имели место у 10 больных (6%). Летальность составила 1,2% (2 больных).

Мы пришли к выводу, что на основании дооперационной диагностики (баллонография с ТЭГС) возможно выделение группы риска по развитию моторно-эвакуаторных нарушений в раннем послеоперационном периоде.

Применение предоперационной подготовки позволило у 86,6% больных с ДЯПДС улучшить моторную функцию желудка.

Предлагаемая хирургическая тактика дает возможность шире использовать органосохраняющие операции, обоснованно применить резекцию желудка и свести к минимуму возможность развития моторно-эвакуаторных нарушений в послеоперационном периоде.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

О. Е. Бобров, А. И. Баренфельд, В. И. Бучнев, В. Ю. Зоргач

г. Киев

Мы располагаем опытом лечения 78 больных с абсцессами печени. Из них у 23 больных были диагностированы первичные абсцессы (пиогенные у 15 больных, паразитарные у 8 больных), а у 55 больных — вторичные абсцессы (нагноение кист печени у 13 больных, распад и нагноение опухоли печени у 16 больных, нагноение посттравматической гематомы у 4 больных, околопузырные абсцессы при деструктивном холецистите у 5 больных и околопузырные абсцессы при раке желчного пузыря с распадом у 17 больных).

В распознавании такого вида патологии применяли комплекс последовательно выполняемых диагностических мероприятий, включавший — обзорную рентгенографию брюшной полости и грудной клетки, ультрасонографию (УСГ) с доплерографией (ДГ), компьютерную томографию (КТ), прицельную пункцию «очага» под контролем УСГ или КТ с микробиологическим и гистологическим исследованием полученного материала.

В результате использования комплексного обследования правильный диагноз до операции был установлен у 76 больных. Еще у 2 больных абсцессы печени были диагностированы только на аутопсии. Эти больные были доставлены в состоянии токсикопиемического шока и умерли в течение первых часов пребывания в клинике.

При солитарных абсцессах диаметром до 5 см под УСГ или КТ контролем проводили чрескожную, чреспеченочную пункцию, которую завершали введением трубчатого дренажа. Такая тактика применена у 5 больных и позволила добиться выздоровления у 4 больных. У одного больного микродренирование оказалось неэффективным и впоследствии он был оперирован.

Трансабдоминальное дренирование абсцессов было произведено у 29 больных, из них в послеоперационном периоде умерло 7 больных. Вмешательства такого типа были эффективны при солитарных пиогенных абсцессах печени и при нагноившихся кистах печени.

У 16 больных, когда формирование абсцессов печени было связано с распадом опухоли

желчного пузыря или нагноением перифокального ракового инфильтрата, выполняли холецистэктомию с максимально возможным удалением некротических тканей ложа желчного пузыря и дренированием остаточной полости печени. Операция у всех 16 больных носила паллиативный характер и сопровождалась высокой послеоперационной смертностью. Умерло 9 больных.

При раке желчного пузыря с ограниченным прорастанием в правую долю печени у 8 больных, с 4 летальными исходами, произвели холецистэктомию с атипичной резекцией IV — V сегментов печени.

Двум больным с посттравматическими нагноившимися гематомами левой доли печени с благоприятным исходом выполнена атипичная левосторонняя резекция печени способом дигитоклазии, а у 6 больных при распадающейся опухоли правой доли печени, осложненной нагноением и кровотечением, произведена правосторонняя гемигепатэктомию с 4 летальными исходами. Еще у 8 больных (5 больных с нагноившимися паразитарными кистами и 3 больных с множественными нагноившимися распадающимися, после введения в них спирта, метастатическими поражениями печени) выполнены атипичные резекции органа по типу некрэктомии. Умерло после операции 4 больных.

Обязательным этапом после вмешательств на печени считали наружное дренирование желчных протоков и катетеризацию воротной вены через пупочную вену для проведения регионарной медикаментозной терапии.

Применение комплекса диагностических мероприятий позволяет установить правильный дооперационный диагноз у 97,4% больных.

Чрескожное, чреспеченочное дренирование под контролем УСГ и КТ является способом выбора при солитарных абсцессах печени диаметром до 5 см.

Выполнение резекции печени при распадающихся первичных или метастатических ее опухолях оправданно и позволяет увеличить продолжительность жизни у больных с таким видом патологии.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

А. П. Вержанский, Ю. В. Цупров

г. Харьков

У 139 из 574 больных, оперированных в 31 клинической больнице г. Харькова по поводу острого холецистита, был диагностирован острый холангит (ОХ). Женщин было — 112, мужчин — 27. Поздняя госпитализация (больше 6 часов от начала заболевания) отмечена у 83,5% больных. Сопутствующая патология выявлена у 79,3% оперированных. При этом в 2/3 наблюдений она носила сочетанный, а у 43,4% больных — декомпенсированный характер.

Типичная клиническая картина ОХ (триада Шарко) выявлена у 52,4% наблюдений. Механическая желтуха различной интенсивности и продолжительности отмечена в 74,6% случаях. У остальных больных диагноз установлен только после проведения дополнительных методов исследования: клинко-лабораторных, инструментальных (УЗИ, лапароскопия, фиброгастродуоденоскопия), рентгенологических (дуоденография в состоянии гипотонии). Исходя из того, что ведущим патогенетическим фактором развития ОХ являются нарушения проходимости желчных протоков, желчная гипертензия и бактериальная контаминация застойной желчи, приводящая к выраженной гнойной, печеночной и полиорганной недостаточности, нами изучены в динамике иммунный статус, уровень эндотоксикоза и бактериология желчи у больных с указанной патологией. Полученные результаты использовались для целенаправленной коррекции выявленных нарушений.

Установлено, что причиной ОХ у 107 (76,9%) больных был холедохолитиаз, у 32 (23,1%) — стеноз терминального отдела холедоха (в 8 случаях его причиной явились различные формы панкреатита): у 16-ти (11,5%) больных отмечено сочетание вышперечисленных факторов.

Бактериологическое исследование желчи выявило наличие в ней микроорганизмов во всех наблюдениях. Аэробы обнаружены у 49-ти (35,5%) больных, в остальных наблюдениях микробная флора была представлена ассоциациями анаэробов с аэробами.

Современный уровень анестезиологического обеспечения позволяет оптимистически относиться к активной хирургической тактике лечения острого холецистита, осложненного ОХ, с учетом того, что 75,1% из них лица старше 60-ти лет. Основная цель интенсивной предоперационной подготовки — стабилизация показателей гемодинамики, коррекция грубых нарушений кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена, профилактика печеночной

недостаточности и гнойно-септических осложнений (ГСО).

Операцией выбора у больных острым холециститом, осложненным ОХ, была холецистэктомия (ХЭ), выполняемая из верхнесрединного лапаротомного доступа под общим интубационным наркозом с миорелаксантами. Способ окончания операции зависел от данных субоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков. У 107 больных ХЭ была завершена холедохолитотомией с наружным дренированием холедоха по Холстеду. У 20 больных старше 60 лет с тубулярным стенозом холедоха и выраженной сопутствующей патологией операция завершена наложением холедоходуоденоанастомоза, а 12-ти больным с указанным осложнением выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика.

Одной из главных задач базисной до- и послеоперационной интенсивной терапии (ИТ) была профилактика и лечение ГСО. С этой целью в комплекс ИТ обязательно включали антибиотики, применяемые на фоне иммунокоррекции, а также антиоксиданты с целью профилактики печеночной недостаточности. В наших наблюдениях хорошо зарекомендовал себя мексиксин (цефокситин натрия, MSD) из группы беталактамов. Большое внимание уделяли послеоперационной санации желчных протоков через дренаж холедоха растворами антибиотиков, антисептиков, глюкокортикоидов под постоянным бактериологическим контролем желчи. Для целенаправленного воздействия на анаэробную неклостридиальную микрофлору в комплекс антибактериальной терапии обязательно включали препараты типа метрогила, метронидазола, эфлорана, 0,4% р-р гипохлорида натрия. Последний широко использовался нами для санации холедоха как в монотерапии, так и в комплексе с другими лекарственными препаратами.

Умерли 9 (6,5%) больных: трое — от развития множественных холангитических абсцессов печени, один — от панкреонекроза, трое — от прогрессирующей печеночной недостаточности, двое — от тромбоза легочной артерии.

Таким образом, острый холангит — тяжелое осложнение различных форм желчнокаменной болезни и, в частности острого холецистита, требует своевременной диагностики и срочного оптимального по объему оперативного вмешательства, на фоне интенсивной терапии, одной из главных задач которой является профилактика и лечение ГСО.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

І. О. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк, М. І. Горлачов, П. П. Сакевич, О. А. Крижановський, В. І. Ляховський, О. А. Шкурупій, Т. Г. Діхтенко, Р. О. Ходатенко, В. В. Ханенко
м. Полтава

Псевдокісти складають 80 — 90% серед кіст підшлункової залози. Після перенесеного гострого панкреатиту вони виникають у 3,5 — 11% хворих. Травма підшлункової залози служить причиною утворення кіст цього органу у 24,6%.

За період з 1989 по 1998 роки в госпітальній хірургічній клініці УМСА спостерігали 68 хворих з псевдокістами підшлункової залози. Хворі були у віці 22 — 71 рік. Жінок лікувалося 17 (25%), чоловіків — 51 (75%). Причиною появи кісти у 53 (80,8%) хворих був гострий панкреатит в анамнезі. Проте тільки 13 хворих пов'язували появу захворювання з перенесеним гострим панкреатитом. У 40 хворих з часу перенесеного гострого панкреатиту до появи симптомів кісти підшлункової залози минуло 1 — 5 років.

Появу кісти 15 (22%) осіб пов'язують з перенесеною травмою живота. Перші ознаки утворення кісти з'явилися через 1 — 5 років після травми. Нами не відмічено чіткої закономірності в часі появи кіст після травми та запального процесу підшлункової залози.

Серед клінічних проявів кіст підшлункової залози варто відмітити біль, диспептичні розлади, схуднення, жовтяницю, порушення вуглеводного обміну. Переконалися, що вони залежать від форми перенесеного гострого панкреатиту, перебігу хронічного, локалізації та розміру кісти. Кіста розміщувалася переважно в ділянці головки у 15, тіла — у 32, хвоста підшлункової залози — у 21 хворого. При локалізації кісти в головці підшлункової залози хворі скаржилися на виражений біль в епігастральній ділянці, що підсилювався після приймання їжі. Помірна жовтяниця спостерігалася у 9 осіб. Рівень загального білірубину в сироватці крові був 37 — 56 мкмоль/л. Серед цієї групи хворих у 7 осіб діагностовано порушення вуглеводного обміну. Рівень глюкози в крові у них дорівнював 6,8 — 9,1 мкмоль/л.

Головними клінічними ознаками кісти, що розміщувалася в ділянці тіла підшлункової залози, були: біль в епігастральній ділянці, диспептичні розлади, наявність пухлини, що збільшувалася, схуднення. У випадках локалізації кісти в хвості залози хворі скаржились на біль, почуття присутності стороннього тіла в підреберній ділянці зліва. Хворі були пригнічені, легко подразливі. Порушений сон відмічало 72% хворих.

Для діагностики кіст використовували рентгеноконтрастне обстеження шлунку, УЗД, комп'ютерну томографію, сканування підшлункової залози. Зв'язок кісти з вивідною протокою залози виявляли шляхом виконання ЕРПХГ. Встановлено, що кіста діаметром до 5 см була у 8 (11,8%), 5 — 10 см — у 17 (25%), 10 — 20 см — у 32 (47%), більше 20 см — у 11 (16,1%). Вона з'єднувалась з вивідною протокою залози — у

13 хворих. В аналізах крові, сечі відхилень від норми не було. Рівень амілази крові, сечі залишався не зміненим.

Вважаємо, що планове оперативне втручання з приводу кіст повинно виконуватися в стадії сформованої капсули кісти, що відбувається не раніше 2,5 — 3,5 місяців з часу її появи. В I — II стадії формування кісти лікувалося 19 (27,9%) хворих. Їм призначали консервативну терапію. Зворотний розвиток кісти відбувся у 5 осіб в період 8 — 9 тижнів з початку її виникнення. 14 інших госпіталізовані в клініку через 3 — 4 місяці й оперовані в плановому порядку. Виконана цистоеюностомія на довгій петлі з міжкшечним анастомозом та заглишкою привідної петлі по О. О. Шалімову — 11, резекція хвоста підшлункової залози з кістою — 3 хворим. З приводу ускладнення — кровотечі (2), нагноєння (3), розриву кісти (2) оперували 7 (10,2%) хворих. У 2 осіб розрив кісти відбувся в хронічній стадії її формування в період перебування їх в стаціонарі. Їм виконали внутрішнє дренивання кісти по згаданому вище методу. Двом іншим хворим після видалення вмісту кісти, ліквідації перегородок виконали зовнішнє дренивання кісти. У 3 осіб кіста містилася в головці підшлункової залози. У них діагностована механічна жовтяниця, тому під час оперативного втручання одночасно виконали холецистектомію при наявності каменів в міхурі та зовнішнє дренивання холедоха через куксу міхурової протоки.

У випадках з'єднання порожнини кісти з головною протокою підшлункової залози виконували цистопанкреатоєюностомію за методом КНДІК і ЕХ. Виконали 13 таких втручань. Резекцію хвоста підшлункової залози з кістою, видалення селезінки — 4, цистоеюностомію на довгій петлі з міжкшечним анастомозом та заглишкою привідної петлі — 25 хворим.

За згаданий період нами також оперовано 8 хворих, яким до операції встановлено помилково діагноз кісти підшлункової залози. Допущені діагностичні помилки до операції склали 10,5%.

Таким чином, у 80,8% хворих псевдокісти підшлункової залози з'явилися після перенесеного запального процесу. Закономірності в часі появи кісти після перенесеного гострого панкреатиту ми не відмітили. При виборі методу лікування необхідно враховувати стадію формування кісти. Планові оперативні втручання варто виконувати в період сформованої капсули, що відбувається не раніше 2,5 — 3,5 місяців від появи кісти. При виборі операції потрібно враховувати локалізацію, розмір кісти, появу ускладнень, визваних кістою. Кращим варіантом вважаємо накладання цистоеюноанастомоза.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В. В. Грубник, А. И. Зайчук, А. В. Бойко, Д. В. Герасимов
г. Одесса

В данном сообщении проанализирован опыт хирургического лечения 207 больных с осложненными формами хронического панкреатита, находившихся на лечении в хирургической клинике ОКБ в течение последних 5 лет. Мужчин было — 116, женщин — 91. Возраст больных — от 24 до 67 лет.

Основными клиническими симптомами заболевания были: стойкий болевой синдром с локализацией в верхних отделах живота, значительная потеря массы тела с дефицитом 10 — 20 кг, диспептические расстройства. В анамнезе у 181 пациента имелись перенесенные приступы острого панкреатита, у 122 — злоупотребление алкоголем. По клиническому течению различали хронический болевой панкреатит — 68 пациентов, хронический псевдокистозный панкреатит — 62, хронический холецистопанкреатит — 35, хронический псевдотуморозный панкреатит — 26, хронический калькулезный — 16. У 13 из этих больных имелись стойкие наружные панкреатические свищи после перенесенного ранее оперативного лечения по поводу острого деструктивного панкреатита. При хроническом панкреатите считаем обязательной дифференциальную диагностику с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков, желудка, кишечника, злокачественными новообразованиями поджелудочной железы.

Основным и самым доступным методом в комплексе диагностических мероприятий, позволяющим достоверно определить характер и локализацию морфологических изменений в поджелудочной железе, в настоящее время следует считать ультразвуковое эхосканирование. Для диагностики кальцинозного панкреатита и мелких кист поджелудочной железы у 62 больных использовали рентгенкомпьютерную томографию. У 109 больных выполнена ретроградная холангиопанкреатография. При наличии желтухи (32 больных) проводился весь комплекс исследований, направленных на выяснение ее причины.

У 182 больных выявлены нарушения проходимости протока поджелудочной железы, супрастенотическая протоковая гипертензия и дилатация главного панкреатического протока, у 74 обнаружены осложнения фиброзно-дегенеративного панкреатита в виде — образования псевдокист (62), кальциноза поджелудочной железы (46), сдавления дистального отдела общего желчного протока и возникновения обтурационной желтухи (32), формирования панкреатических свищей (19).

Объем и характер оперативных вмешательств зависел от характера патологических изменений в поджелудочной железе. При хроническом панкреатите выполняли, в зависимо-

сти от показаний, операции на самой поджелудочной железе, на желчных путях, желудке, кишечнике.

При хроническом панкреатите, осложненном наличием кисты поджелудочной железы (116 больных), хирургическую тактику выбирали в зависимости от состояния главного панкреатического протока и связи с ним полости кисты. При наличии такой связи (или при подозрении на нее) выполняли операции внутренне-го дренирования кисты.

За период 1993 — 1998 гг. было произведено 64 пункционных вмешательства под ультразвуковым контролем у 43 больных с кистами поджелудочной железы, размерами от 6 до 17 см в диаметре и объемом от 30 до 2200 мл. Кисты поджелудочной железы при сочетании с расширенным главным панкреатическим протоком, а также наличием кальциноза или калькулеза железы, по данным УЗИ, пункционному лечению не подвергались. Наш опыт свидетельствует, что применение пункционных методов лечения кист поджелудочной железы открывает новые возможности в лечении этого серьезного хирургического заболевания.

22 больным с хроническим фиброзным панкреатитом осуществлена супрадуоденальная холедоходуоденостомия по поводу тубулярного стеноза холедоха, синдрома механической желтухи. 19 пациентов со стенозом большого дуоденального сосочка подвергнуты эндоскопическому вмешательству — эндоскопической панкреатикосфинктеротомии с последующей установкой панкреатического эндопротеза (длина эндопротеза подбиралась соответственно протяженности сужения).

41 больному с хроническим рецидивирующим панкреатитом выполнена продольная панкреатоеюностомия, из них 28 больным — операция по Frey.

При хронических наружных свищах поджелудочной железы, не поддающихся консервативному лечению, с ежедневной потерей более 300 мл панкреатического сока на протяжении 6 и более месяцев после перенесенного острого деструктивного панкреатита применялось анастомозирование свища с тощей кишкой (9) или иссечение свища с резекцией поджелудочной железы со свищом (4).

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 больных. Общая послеоперационная летальность составила 0,97%. Причинами летальных исходов у 2 из них явились гнойно-септические осложнения с развитием эрозивного кровотечения у одного больного, у остальных причиной смерти послужили тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Анализ отдаленных результатов лечения, прослеженных в сроки от 1 года до 5 лет, показал, что хорошие и удовлетворительные результаты лечения — исчезновение болевого синдрома, улучшение внешнесекреторной функции поджелудочной железы со стабилизацией

или улучшением показателей углеводного обмена — имели место у 176 (85%) оперированных. Неудовлетворительные результаты были отмечены у больных, у которых прогрессировал панкреатит, в основном вследствие приема алкоголя, нарушения диеты.

ЗМІНИ РІВНІВ ГОРМОНАЛЬНОЇ СЕКРЕЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

В. М. Демидов, А. М. Торбинський, І. М. Клімент'єв, С. В. Ціпов'яз
м. Одеса

Гострий панкреатит (ГП) відноситься до тяжких захворювань черевної порожнини, які характеризуються поліморфізмом патогенезу та перебігу, різноманітністю клінічних проявів та наслідків. При лікуванні ГП слід вдаватися до комплексу лікувальних заходів, спрямованих на різні ланки розвитку патологічних процесів в підшлунковій залозі (ПЗ). Багатьма дослідженнями показано порушення екзокринної функції ПЗ за умов ГП, але слід звернути увагу також й на те, що у таких пацієнтів буде порушена також ендокринна функція ПЗ. Зважаючи на багатокомпонентність системи ендокринної регуляції організму, функціонування механізму «зворотного зв'язку», який спрямований на нормалізацію гормональних зрушень, ймовірно припустити наявність серйозних ендокринних змін в сироватці крові осіб, хворих на ГП.

Під нашим наглядом протягом 1996 — 1998 рр. знаходилися 23 пацієнти з приводу ГП. Середній вік хворих становив $52,6 \pm 5,8$ років. Оперативні втручання з приводу ГП були зроблені 14 пацієнтам. Решта були проліковані консервативним засобом. У всіх пацієнтів засобом радіоімунного аналізу за допомогою стандартних наборів фірм DRG (США), Sorrin (Франція) досліджували концентрації гіпофізарно-надниркових гормонів (АКТГ, кортизол), гастроентеропанкреатичних гормонів (гастрин, соматостатин, інсулін, глюкагон) та опіоїдних гормонів (L-, M-енкефаліни та β -ендорфін). Визначення проводили на 2-у добу після приміщення хворих до стаціонару (до початку хірургічного та консервативного лікування). Контрольну групу склали 17 практично здорових осіб.

Результати, що ми їх отримали, подані в таблиці. Так, можна бачити вірогідне підвищення рівнів секреції АКТГ (в 2,6 раза; $P < 0,001$) та кортизолу (в 2,5 раза; $P < 0,001$) відносно таких показників гормональної секреції у практично здорових осіб.

В подальшому, у хворих на ГП ми визначали підвищення рівня секреції гастрину (в 2 рази; $P < 0,001$) порівняно з контролем. Разом із цим показники інших досліджуваних гормонів в сироватці крові хворих на ГП зменшувалися. Так, концентрація соматостатину у них становила $9,1 \pm 3,2$ нг/мл, що було в 2,6 раза менше, ніж

в контролі ($P < 0,01$). Слід відзначити, що рівень секреції інсуліну у таких хворих зменшився в 2,1 раза ($P < 0,05$) порівняно з аналогічними показниками у практично здорових осіб. Показники секреції глюкагону не розрізнялися суттєво в сироватці крові осіб в двох досліджуваних групах.

Щодо рівнів опіоїдних гормонів, то концентрація енкефалінів в сироватці крові хворих на ГП становила $104,5 \pm 13,1$ пг/мл, що було на 65% менше за таких контрольних показників ($P < 0,05$). Рівень секреції β -ендорфіну був на 89% менший, ніж у практично здорових осіб ($P < 0,01$).

Таким чином, ми отримали дані, які показують, що в сироватці крові хворих на ГП суттєво змінюються рівні гормональної секреції. Слід відзначити, що ендокринні зрушення торкаються як центрального, так і периферичного рівнів гормональної регуляції. При цьому триває гіперактивація гіпофізарно-надниркової системи, що вдало пояснюється функціонуванням механізму «зворотного зв'язку». Цікавими постають одночасні підвищення концентрації АКТГ та кортизолу, які за нормальних умов мають антагоністичні секреторні рівні. Поясненням цього, на наш погляд, є наявність гострого запального процесу в паренхімі ПЗ, за умов якого триває «злам» центрального ланцюга ендокринної регуляції в організмі хворих на ГП.

За винятком гіперсекреції гастрину, в сироватці крові хворих на ГП, активність гастроентеропанкреатичної системи за умов даної патології пригнічена. Цікавими постають дані про зниження концентрації інсуліну, — це стверджується розвитком цукрового діабету у хворих із хронічним панкреатитом. Отже, за умов ГП у хворих триває деструкція β -клітин ПЗ, які секретують зазначений гормон. Зазначене пояснює численні судинні ускладнення у післяопераційному періоді та взагалі після проведеного курсу лікування у хворих на ГП, які стверджують розвиток у таких пацієнтів цукрового діабету.

На підставі отриманих даних йдеться про пригнічення функціональної активності ендокринної опіоїдної системи, що ми оцінюємо як один із прогностичних критеріїв перебігу захворювання з точки зору розвитку стресобумовлених уражень внутрішніх органів.

Таким чином, резюмуючи отримані дані, слід акцентувати увагу на наступному:

1. У хворих на ГП тривають значні гормональні порушення, які торкаються центрального та периферичного ланцюгів регуляції.

2. Зазначені порушення здебільшого виглядають як гіперактивація гіпофізарно-надниркової системи та пригнічення функціональної активності гастроентеропанкреатичної та опіоїдної

систем. Названі гуморальні зміни розглядаються нами як патогенетичні за умов ГП.

3. Комплекс лікувальних заходів у разі консервативного лікування, рівно й у післяопераційному періоді, повинен враховувати зазначені патогенетичні гуморальні порушення та залучати до себе лікарські препарати, які за механізмом дії впливають на гормональну секрецію.

Таблиця

Зміни рівнів секреції гіпофізарно-надниркових, гастроентеропанкреатичних та опіоїдних гормонів у хворих на ГП.

| ДОСЛІДЖУВАНІ ГОРМОНИ | Концентрації досліджуваних гормонів, (M±m) | |
|----------------------------|---|------------------------|
| | Контрольна група, n=17 | Основна група, n=23 |
| 1. АКТГ, пг/мл | 54,2±5,1 | 142,3±11,3*** |
| 2. Кортизол, нмоль/л | 509,6±17,2 | 1252,2±24,1*** |
| 3. Гастрин, пг/мл | 83,0±4,9 | 178,4±15,1*** |
| 4. Соматостатин, нг/мл | 24,1±3,9 | 9,1±3,2** |
| 5. Інсулін, мкОД/мл | 17,8±2,7 | 8,3±4,0* |
| 6. Глюкагон, пг/мл | 102,7±4,6 | 86,1±7,3 |
| 7. L-, M-енкефаліни, пг/мл | 173,3±9,7 | 104,5±13,1* |
| 8. β-ендорфін, пг/мл | 142,4±8,3 | 75,5±11,7** |

Примітки: * — P<0,05, ** — P<0,01 та *** — P<0,001 порівняно з такими показниками в контрольній групі.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ЛАЗЕРНОЇ КОРЕЛЯЦІЙНОЇ СПЕКТРОСКОПІЇ З ДІАГНОСТИЧНОЮ МЕТОЮ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

В. М. Демидов, Ю. М. Котік
м. Одеса

Діагностика захворювань підшлункової залози (ПЗ), враховуючи її анатомо-топографічні особливості, функціональні взаємозв'язки з печінкою, жовчним міхуром, шлунком та дванадцятипалою кишкою, часто є складною проблемою. Тому досить важливою постає проблема розробки та клінічного застосування інших діагностичних методичних напрямків, які могли б сприяти усуненню негативних аспектів традиційних методів: травматичність, шкідливість та ін. На нашу думку, сучасна медицина повинна володіти широким арсеналом діагностичних методик. Одним з таких методів, який набуває популярності останніми роками, є метод лазерної кореляційної спектроскопії (ЛКС) сироватки крові хворих на різноманітні патологічні стани. Враховуючи все вищезазначене, метою теперішньої роботи стало дослідження ЛКС-спектрів сироватки крові хворих на хронічні панкреатити (ХП) за умов додання до комплексного лікування «Сандостатину».

Об'єктом дослідження була кров 46 осіб, хворих на хронічний панкреатит (ХП), та 24 практично здорових осіб (контрольна група). Зазначені особи проходили курс консерватив-

ного лікування протягом 1996 — 1999 років у відділенні загальної хірургії 2-ї МКЛ м. Одеси.

«Сандостатин» дозою 0,2 — 0,6 мг/добу був застосований у хворих на ХП протягом 5 днів разом із проведенням традиційної інфузійної та детоксикаційної терапії. Спостерігали тільки за тими хворими, яким не було потім застосовано оперативне втручання з приводу ХП або його ускладнень. Кров для аналізу брали з ліктьової вени протягом однакового терміну — з 8-ї до 9-ї години ранку. Дослідження проводили на мініатюрному ЛК-спектрометрі. Математичну обробку даних здійснювали за допомогою програми «Многомерный классификатор».

Усереднений ЛК-спектр сироватки крові практично здорових осіб (контрольна група) являє собою бімодальне розподілення. Низькомолекулярна фракція представлена усередненою модою 8,19 нм, внесок котрої у світлорозсіянні становить 14,4%. Зовні даної фракції розподілення є таким: триває повільне наростання внесків часток радіусом від 2,80 до 9,30 нм із послідовним її переходом у плато до розміру 16,50 нм. Збільшення розміру радіусів

розглядають-
ГП.
кодів у разі
ї у після-
зраховувати
і порушення
арати, які за
ормональну

Таблиця
их гормонів

| |
|------|
| упа, |
| *** |
| 1*** |
| *** |
| * |
| . |
| 3 |
| 1* |
| ** |

вній групі.

пії
гит

1999 років у
Л м. Одеси.
0,6 мг/добу
протягом 5
ційної інфу-
Спостерігали
було потім
я з приводу
аналізу бра-
однакового
нку. Дослід-
ЛК-спектро-
здійснювали
вній класси-

ватки крові
льна група)
ння. Низько-
а усередне-
юї у світло-
цаної фракції
ільне нарост-
2,80 до 9,30
у плато до
міру радіусів

часток надалі сприяє різкому зростанню внесків з піком в ділянці часток від 66,00 і 85,00 нм, що відображено усередненою модою 73,10 нм із внеском у світлорозсіяння 85,61%, що відповідає стану середньомолекулярної фракції. Внесок у світлорозсіяння часток, які формують високомолекулярну фракцію, є незначним.

У хворих на ХП зміни в ЛК-спектрах стають чітко виразними. Гістограми набувають виразної мономодальної структури з піком в ділянці середньомолекулярної фракції (52,37 нм) та формуються, в основному, за рахунок внесків у світлорозсіяння низько- та середньомолекулярних компонентів, починаючи з розміру від 2,50 до 66,00 нм. При цьому внесок високомолекулярної фракції (264,50 нм) помітно збільшується порівняно з таким у практично здорових осіб. Класифікаційний аналіз ЛКС-розрізень у хворих основної групи без лікування та практично здорових осіб також виявив чітку відмінність. Слід зазначити, що у цей терміновий період виразними є морфологічні та біохімічні зміни у паренхімі ПЗ: підсилюється набряк, ламаються клітинні мембрани, інтенсифікуються процеси ліпопероксидації, пригнічується антирадикальний захист паренхіми ПЗ. Крім того, ми спостерігали наявність вищевказаних ЛКС-змін ще за деякий термін до розвитку клінічних проявів ХП.

Внаслідок застосування «Сандостатину» у хворих на ХП ЛК-спектри їх сироватки крові не мають принципових відмінностей від таких у практично здорових осіб.

Таким чином, нами був застосований метод, який дозволяє отримати комплексну оцінку інтегрального стану функціональної активності організму людини, його гомеостазу, в основі котрого є поміжмолекулярні біофізичні зміни, які впливають на розмір радіусів часток сироватки крові, які у свою чергу формують кількісний спектр гістограм. Дійсно, ми отримали можливість чіткої діагностики ХП у пацієнтів за допомогою ЛКС-методу.

Таким чином, на підставі даних спостережень можливо зробити наступні висновки: а) метод ЛКС є перспективним діагностичним засобом при проведенні діагностичних процедур у осіб зі скаргами, які дозволяють підозрювати ХП; б) за допомогою ЛКС-методу можливо є якомога раніша діагностика ХП, навіть при відсутності клінічних проявів захворювання; в) за допомогою ЛКС-методу можна оцінювати ефективність засобів комплексної консервативної терапії ХП. Ще один висновок, зроблений нами, стверджує результати попередніх клінічних та експериментальних досліджень: методом ЛКС стверджена ефективність «Сандостатину» у хворих на ХП.

ТЕХНІКА ПОВТОРНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. І. Десятерик, В. В. Шаповалюк, О. В. Котов
м. Кривий Ріг

За останні чотири роки в міському центрі гострого панкреатиту прооперовано 118 хворих на деструктивний панкреатит. Померло 28 (23,7%). У 25 (21,1%) хворих проведено 32 повторних оперативних втручання. Показаннями до повторних втручання були: розвиток та прогресування гнійно-септичного процесу — 25 (78,2%); ерозивні кровотечі з судин підшлункової залози, заочеревинної клітковини — 4 (12,5%); розвиток непрохідності шлунково-кишкового тракту — 1 (3,1%) та інші — 2 (6,2%).

Виконання повторних втручання технічно відрізняється від первинних в силу багатьох особливостей. Складність оперативної техніки при повторних операціях обумовлена топографічними змінами після тривалого запального процесу в черевній порожнині та особливостями патологічного процесу, вражаючого скупчення заочеревинної клітковини різних локалізацій, часто у важкодосяжних анатомічних зонах. Головні труднощі: спайковий процес в черевній порожнині; виражені запально-інфільтративні зміни органів, безпосередньо прилягаючих до гнійно-некротичних осередків; виникнення кро-

вотеч при некретомії; труднощі дренивання центрально розташованих некротичних осередків.

Згадані технічні проблеми ми вирішуємо таким чином: при гнійному запаленні лапаротомної рани разом з інтраопераційною санацією розчинами антисептиків застосовуємо обробку тканини низькочастотним ультразвуком (апарат УРСК-7) та лазерне опромінювання («Скальпель-2»). Гнійно-некротичні осередки у вільній черевній порожнині дрениємо звичайними методами. Санацію та дренивання заочеревинних осередків виконуємо залежно від їх анатомічної локалізації. Латерально розташовані заочеревинні гнійники найчастіше дрениємо через розтини в поперековій області. Медіально розташовані — через окремих розтин передньої черевної стінки, відокремлений від вільної черевної порожнини — підшиванням великого сальника по периферії осередку або фіксацією псевдокапсули гнійника до парієтальної очеревини. Некротичні порожнини в брижі попереково-обідкової кишки дрениємо через оментобурсостому, при більш латеральній локалізації —

через люмботомічний розтин. Ураження парапанкреатичної клітковини на великому протязі потребує скрізного дренивання. Дренивання виконується через широкі розтини: при цьому проводиться розсічення лівого прямого м'язу в поперечному напрямку та внутрішнього косоного в поперековій ділянці. Розтин прямих м'язів запобігає ранньому закриттю оментобурсостоми, що дозволяє в післяопераційному періоді вводити в сальникову сумку печінкові дзеркала та виконувати некректомію під контролем зору. Таким чином досягається можливість видалення великих секвестрів в післяопераційному періоді впродовж тривалої (часто кілька місяців) санації некротичних осередків, запобігання випадковому пораненню порожнистих органів та кровоносних судин.

При виникненні кровотеч застосовуємо тампонаду впродовж 10 хвилин. При неефективності маніпуляції здійснюємо прецизійне лігування судин, для цього часто широко мобілізуємо підшлункову залозу. У відносно

безпечних анатомічних ділянках при неможливості здійснення вищезгаданих методів пришиваємо пошкоджену ділянку *en masse*. Якщо кровотеча продовжується, або анатомічна локалізація не дозволяє лігувати судини, для досягнення гемостазу в області тіла та хвоста залози виконуємо дистальну її резекцію, при кровотечі в області голівки залози застосовуємо тампонаду на тривалий строк.

Зашивання лапаротомної рани, як правило, виконуємо шляхом створення широкої лапаропанкреатостоми, або ретроперитонеостоми. При виражених запально-інфільтративних ураженнях очеревини та апоневрозу єдиним шляхом закриття черевної порожнини є ушивання тільки шкіри після мобілізації країв останньої.

Повторні оперативні втручання з приводу деструктивного панкреатиту є складним іспитом для хірурга. Вони потребують вміння добре орієнтуватись у топографо-анатомічних деталях, особливостях патологічного процесу та володінні досконалою хірургічною технікою.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Г. Д. Доценко, Д. Г. Доценко

г. Харьков

Широкая распространенность острого панкреатита (ОП), разноречивые результаты лечения и высокая летальность, особенно при деструктивных формах, отсутствие единого мнения о лечебной тактике и методах лечения свидетельствуют о важности и актуальности данной проблемы.

В данной работе представлены некоторые результаты ретроспективного анализа 50 историй болезни умерших от острого панкреатита. Мужчин было 35, женщин 15 в возрасте от 20 до 90.

Считается, что при раннем адекватном лечении, включая догоспитальный этап, развитие морфологических изменений может остановиться на ранней стадии отека и интерстициального ОП. Поэтому своевременная диагностика и начало лечения должны рассматриваться как основополагающие в организации лечения больных ОП.

Распознавание ОП на всех этапах оказания медицинской помощи представляет большие трудности и далеко от совершенства. В анализируемой группе на догоспитальном этапе ОП распознан лишь в четырех случаях, остальные пациенты направлены в стационар с другими диагнозами: прободная язва, острый холецистит, острая кишечная непроходимость, острый аппендицит, обострение язвенной болезни и др. При госпитализации в стационар в приемном покое правильный диагноз поставлен в двух случаях.

На протяжении первых суток в стационар поступило 55% больных, в течение последующих 48 — 72 часов — 19%, остальные, более четверти, госпитализированы позже трех суток (из них на 6 — 10 суток — 10 пациентов). Таким образом, о своевременном распознавании и госпитализа-

ции больных ОП говорить не приходится. Все это, естественно, не способствует своевременно определению лечебной тактики и проведению целенаправленной терапии. Теряется драгоценное время, процесс стремительно прогрессирует. Течение ОП трудно прогнозируемо.

Сложность диагностики определяется тем, что ОП не имеет специфических черт и диагностика его основывается на возникновении постоянных болей в верхнем этаже живота, рвоте, высокой эндогенной интоксикации. Дифференциальная диагностика затрудняется тяжелым общим состоянием больных с явлениями нарастающей полиорганной недостаточности. Общее состояние больных при поступлении расценивалось как средней тяжести у 16, тяжелое — у 24, крайне тяжелое — у 6.

У 43 поступивших имелись осложнения в виде перитонита, причем у 29 — распространенного, у 7 — выявлен токсический шок. Наличие осложнений и ограниченность времени затрудняли выяснение причины перитонита и некоторые больные оперировались в экстренном порядке без уточнения диагноза и должной предоперационной подготовки.

Сопутствующая патология выявлена у 95% больных: сердечно-сосудистой системы — у 27, дыхательной — у 18, билиарного тракта — у 16, сахарный диабет — у 8, гастродуоденальная язва — у 12, ожирение III — IV ст. — у 5 и др. У некоторых пациентов выявлены по 2 — 3 сопутствующих заболевания.

Двухсторонняя пневмония выявлена у 4 пациентов, левосторонняя — у 4, правосторонняя — у 2. Левосторонний плеврит обнаружен у 2,

и неможли-
одів приши-
tasse. Якщо
анатомічна
судини, для
па та хвоста
ірекцію, при
застосовує-

як правило,
окої лапаро-
остоми. При
их ураженнях
шляхом зак-
вання тільки
іньоїї.

я з приводу
дним іспитом
ііння добре
іних деталях,
эсу та воло-
кою.

КРЕАТИТЕ

одится. Все
зоевременно-
и проведе-
ється драго-
о прогресси-
руемо.

еляється тем,
рт и диагно-
новении по-
ивота, рвоте,
. Дифферен-
тя тяжелым
аниями нара-
чности. Об-
плении рас-
16, тяжелое

сложнения в
распростра-
й шок. Нали-
времени зат-
тонита и не-
экстренном
и и должной

влена у 95%
гемы — у 27,
акта — у 16,
уоденальная
— у 5 и др.
ы по 2 — 3

явлена у 4
авосторонняя
наружен у 2,

правосторонний — у 1. Почти у всех больных выявлена гиповолемия, свидетельством чего были низкие, вплоть до нулевого, показатели ЦВД, сгущение крови, анемия, гипотония отмечена у 1/3 пациентов, тахикардия, олигурия. Острые гастродуодениты, эрозии и острые язвы обнаружены у 9 больных, причем у 5 с явлениями ОЖКК. Парез поперечно-ободочной кишки отмечен у 10 больных, тотальный — у 5.

Все пациенты, кроме одного, подверглись хирургическому лечению. Во время операции выпот в брюшной полости (в количестве от 200 до 1000 мл) обнаружен у 45 больных: серозный и серозно-геморрагический у 40, серозно-фибринозный у 2, гнойный у 3. Изменения в поджелудочной железе в виде отека выявлены у 3, очаговый геморрагический панкреонекроз у 5, тотальный геморрагический у 14, очаговый стеатонекроз у 6, тотальный геморрагический и жировой панкреонекроз у 16, гнойно-некротический у 1 оперированного. Кроме оментобурита, инфильтрация распространялась на брыжейку толстого и тонкого кишечника у 14, на забрюшинное пространство у 3 пациентов.

Объем оперативного вмешательства был минимальным. Холецистостомия для декомпрессии панкреатобилиарного тракта выполнена у 29 больных, холецистэктомия у 5, некрэктомия у 1, дренирование холедоха по Вишневскому у 1, по Холстеду у 6. В процессе операции проводилась санация сальниковой сумки и брюшной полости. Сальниковая сумка дренировалась либо через люмботомическое отверстие, либо сквозным дренажом через винслово отверстие и левую боковую стенку живота (5 больных).

Морфологические изменения в поджелудочной железе, выявленные на аутопсии, были следующие: тотальный панкреонекроз у 15, субтотальный у 30, очаговый у 2, гнойный у 3. Некроз брыжейки поперечно-ободочной кишки обнаружен у 14, тонкого кишечника в 20, поражение забрюшинной клетчатки в 11 случаях, большого сальника в 8, оментобурит в 7. Продолжающийся перитонит отмечен в 28 случаях, прорыв абсцесса сальниковой сумки у 2. Жировая дистрофия печени обнаружена в 42 случаях, миокарда в 31, почек в 35.

Среди причин летального исхода в 34 случаях указана интоксикация, у 5 — легочно-сердечная недостаточность, в 4 — острая сердечная недостаточность, отек легких, ТЭЛА — в 2, острая печеночно-почечная недостаточность в 2, постгеморрагическая анемия в 3.

При некротических формах ОП уже в ранние сроки выявляется смешанный (геморрагический и жировой) некроз с преобладанием одного из них. В зависимости от ферментативной активности железы выделяют паренхиматозный и жировой некрозы. Паренхиматозный некроз обычно сопровождается выраженными геморрагическими изменениями в железе и всей брюшной полости с большим содержанием протеолитических гормонов, вызывающих выраженную эндогенную интоксикацию. При превалировании липолитических ферментов в межтоточной жировой ткани развивается генерализованный коагуляционный некроз, который не подвергается расплавлению, а следовательно, в меньшей мере является источником интоксикации.

Своевременно начатое и целенаправленно проводимое лечение может предупредить переход некротической формы в гнойно-некротической ОП с последующим обратным развитием. Однако есть много фактов, свидетельствующих о том, что две основные формы — отечная и деструктивная с самого начала развиваются как самостоятельные и не всегда переходят одна в другую. Поэтому фактор времени, своевременная диагностика и рано начатое патогенетическое лечение во многом определяют перспективу развития и успех лечения. Только этим можно объяснить успешные результаты лечения отечных форм и плохие результаты лечения деструктивных, дающих большой процент осложнений и неблагоприятных исходов, без тенденции к улучшению. Этим, видимо, можно объяснить и продолжающиеся дискуссии о лечебной тактике и методах лечения при ОП.

В заключение необходимо отметить следующее:

1) диагностика ОП на всех этапах представляет большие трудности, что требует настойчивости, квалификации и дальнейшего совершенствования;

2) изменения в поджелудочной железе нередко с самого начала развиваются по типу деструктивного процесса и не проходят стадии от отека до деструкции;

3) развитие ОП и исход во многом определяются наиболее ранним началом комплексной патогенетической терапии, своевременным выбором лечебной тактики, а при подтверждении развивающейся деструкции в поджелудочной железе — раннего, еще до развития осложнений, хирургического лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Г. И. Дуденко, А. Г. Гузь, Г. Д. Петренко, И. А. Гузь
г. Харьков

Ранняя диагностика и разрешение высоко-го блока желчевыводящих (ВБЖП) путей продолжает оставаться одним из сложных вопросов онкологии. Особенности анатомической

локализации опухолей, вовлечение в процесс элементов гастродуоденальной связи часто создают неразрешимые проблемы при попытке выполнения радикальных операций. Вместе с

тем, даже паллиативные операции нередко представляют значительные технические трудности, являются малоэффективными и сопровождаются высокой послеоперационной летальностью.

Быстрому распространению опухолевого процесса способствует общность сосудистой и лимфатической систем желчного пузыря, ворот печени, панкреато- и ретропанкреатодуоденальной, парааортальной и верхнемезентериальной зон, что в конечном итоге переводит случай в нерезектабельный.

Из 86 больных, оперированных в клинике в последние годы по поводу ВБЖП, осложненно-го механической желтухой опухолевой этиологии, были 41 мужчина и 45 женщин в возрасте от 35 до 82 лет. Причинами ВБЖП являлись:

- первичный рак желчного пузыря — 42 чел.
- первичный рак печеночных протоков и ножки «доли» печени — 29 чел.
- первичный рак гепатохоледоха — 15 чел.

Механическая желтуха различной интенсивности продолжительностью от 3 дней до 5 месяцев наблюдалась до поступления в стационар у всех больных, что послужило причиной предварительной госпитализации 79 больных в инфекционную палату по поводу предполагаемого вирусного гепатита.

При поступлении состояние больных оценивалось как средней тяжести. Лишь у 7 больных состояние было тяжелым, обуславливалось, прежде всего, выраженной кахексией, интоксикацией.

Пальпация в правом подреберье была затруднена из-за болезненности, увеличенной печени. Симптомы Ортнера и Курвуазье часто отсутствовали.

В клиническом анализе крови лишь у 17 больных (19,8%) отмечалась незначительная анемия, у 65 больных (78%) лейкоцитоз, у 72 больных (83,7%) увеличение СОЭ.

Билирубинемия и холестеринемия обнаруживались у всех больных. Так, билирубин свыше 20 ммоль/л был у 14 больных (16,3%), а его эфирорастворимая фракция более 2 ммоль/л обнаружена у 49 больных (56,9%). Уровень щелочной фосфатазы был повышен у 72 больных (83,7%). Протромбиновый индекс ниже 50% был у 64 больных (77%).

Несмотря на расширение диагностических возможностей современной медицины, выявить ВБЖП опухолевой этиологии остается нелегко. Этим можно объяснить то, что заболевание у 9 больных было диагностировано лишь во время операции, несмотря на то, что в предоперационном периоде им выполнялись ретроградная холангиография, УЗИ, лапароскопия.

Во время операций чаще встречались больные с первичным раком желчного пузыря — 49%, что совпадает с литературными данными. В 3 наблюдениях раковый процесс инфильтрировал только стенку желчного пузыря, чаще в области тела и шейки. В 10 случаях

(23,8%) опухоль распространялась на ложе желчного пузыря, в остальных 29 случаях (69%) прорастала в ткань печени. У подавляющего большинства были III — IV стадии заболевания с распространением опухоли на элементы гепатодуоденальной связки, ворота печени, пилорантральный отдел желудка, печеночный угол толстой кишки и общий желчный проток.

Опухоли печеночных протоков и «ножки» доли печени представляли плотные узлы 2 — 4 см, окруженные инфильтрированными тканями, что в большинстве случаев создавало большие технические трудности при выполнении биопсии. Как правило, гистологическое исследование биопсийного материала выявляло аденокарциному. У трети больных обнаруживались метастазы.

Ввиду сложности хирургического лечения ВБЖП основное количество составили паллиативные операции — 73,2%. При раке желчного пузыря холецистэктомия была выполнена 6 больным, трем из них она была дополнена химиотерапией, 5 — фторурацилом и циклофосфаном. Дренирующие операции выполнены у 5 больных. Следует отметить, что III — IV стадии рака желчного пузыря были выявлены у подавляющего большинства больных.

При остальных локализациях ВБЖП основными паллиативными оперативными вмешательствами были типичные операции для внутреннего отведения желчи с использованием внутривнутрипеченочных и подкапсульных желчных ходов — у 44 больных (51,1%). Другие методы декомпрессии желчной системы с наружным отведением желчи выполнены 19 больным (22%). Они чаще осложнялись печеночно-почечной недостаточностью, сопровождалась высокой летальностью (31,6%).

Радикальные операции выполнены 8 больным (9,4%): 5 больным с первичным раком гепатохоледоха произведена холецистэктомия, резекция гепатохоледоха с имплантацией общего печеночного протока в тощую кишку — 3 больным, в желудок — 2 больным. Больные выздоровели. Двум больным с раком желчного пузыря была выполнена холецистэктомия с электроэксцизией ложа желчного пузыря, дренированием общего желчного протока. Один больной выздоровел, второй умер от почечно-печеночной недостаточности.

Выводы: Сглаженность клинических проявлений, недостаточная информативность диагностических исследований, особенно ранних стадий ВБЖП опухолевой этиологии, определяет преимущественное поступление в стационар больных в III — IV стадии заболевания, вынуждая, как правило, ограничиваться выполнением паллиативных операций. Несмотря на сложность и высокую послеоперационную летальность, обычно выполняют паллиативные вмешательства с наложением внутреннего или наружного дренирования, разрешающие синдром механической желтухи.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА КАМНЕОБРАЗОВАНИЕ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ

Ю. Э. Журов, И. Ю. Волошина, В. П. Невзоров, Т. Э. Журова

г. Харьков

В работе представлены результаты экспериментальных исследований, проведенных на 21 кролике породы Шиншилла. Для воспроизведения состояния ГХС в эксперименте 15 половозрелым кроликам-самцам (основная группа) ежедневно скармливали по 5 мл 20% раствора холестерина (ХС) в подсолнечном масле (Кетлинский С. А. и соавторы, 1980). Контрольную группу составили 6 кроликов-самцов без холестериновой диеты. Пищевой рацион контрольной и основной экспериментальных групп не отличался от используемого до эксперимента.

Для исследования липидного обмена у животных осуществлялся забор крови из краевой ушной вены и желчи из желчного пузыря (ЖП). Пузырную желчь, ткань ЖП подвергали микроскопическому, а ткань печени — электронно-микроскопическому исследованию. Кровь животных основной и контрольной групп забирала исходно, а также на 7, 35 и 70 сутки эксперимента. Для взятия желчи, ткани ЖП и печени в основной группе на 7, 35 и 70 сутки эксперимента забивали по 5 животных, а в контрольной группе все 6 животных были забиты на 70 сутки эксперимента. Выполнение всех процедур с животными проводилось согласно рекомендациям работы с экспериментальными животными (Западнюк И. П. и соавторы, 1983).

У экспериментальных животных изучались такие параметры липидного обмена, как уровень общего ХС, его содержание в липопротеидах высокой (ЛПВП), низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), концентрация триглицеридов (ТГ), фосфолипидов (ФЛ) в сыворотке крови, а также оценивался метаболизм липидов в желчи: концентрация ХС, желчных кислот (ЖК), рассчитывался холато-холестериновый коэффициент.

Моделирование состояния ГХС в эксперименте сопровождалось различными этапами реагирования организма животных основной группы на холестериную нагрузку. Так, на 7 сутки эксперимента происходило формирование состояния ГХС при увеличении уровня алиментарного ХС в сыворотке крови и активации путей его утилизации в составе ЛПНП и ЛПОНП клетками тканей. Изменения метаболизма липидов, начиная с 35 суток холестериновой нагрузки, характеризовались формированием ДЛП IIб типа.

Проведенные электронно-микроскопические исследования ткани печени показывают, что глубина и степень выраженности дистрофических изменений ультраструктуры этих тканей нарастает пропорционально длительности содержания экспериментальных животных на холестериновой диете.

Уже на 35 сутки холестериновой нагрузки в гепатоцитах и зернистых ретикулоэндотелиоцитах (ЗРЭ) печени животных основной группы отмечалась мобилизация процессов синтеза, о

которой свидетельствовали гипертрофия везикул комплекса Гольджи и образование полирибосом в цитозоле клеток.

Помимо синтетических процессов, активировались и метаболические пути выведения ХС из организма с желчью. На ультраструктурном уровне этому соответствовало расширение желчных капилляров, а также появление крупных желчедержащих лизосом и включений липидов в вакуолях гепатоцитов. Такие изменения сопровождались повышением концентрации ХС и желчных кислот в желчи желчного пузыря экспериментальных животных основной группы. Следовательно, в эти сроки холестериновой нагрузки организм пытается с помощью активации метаболических процессов в печени вывести ХС как в неизменном виде, так и путем его окисления в ЖК с желчью. Важно подчеркнуть, что наиболее существенным нарушениям подвержены митохондрии клеток изучаемых тканей. К этому сроку эксперимента митохондрии клеток набухали, их наружная оболочка имела очаги деструкции, а сами они содержали небольшое количество крист и иногда были лишены их. В гепатоцитах печени происходило накопление желчедержащих лизосом, что соответствовало дальнейшей утилизации метаболитов липидного обмена с желчью. Подобные изменения гепатоцитов сочетались с повышением уровня ХС и относительным снижением содержания ЖК в желчи ЖП, что способствовало повышению ХХК желчи.

Гистологически складки слизистой ЖП имели различную высоту, надъядерная зона покрывающего эпителия была вакуолизована. Отмечалась отечность собственной пластинки слизистой с инфильтрацией ее лимфогистиоцитарными элементами, проникающими в мышечную оболочку, что соответствует слизистому катару ЖП.

Микроскопическое исследование желчи у животных подтверждало наличие воспалительной реакции в ЖП. Так, в пузырной желчи обнаруживались лейкоциты, преимущественно нейтрофильные гранулоциты, эпителий ЖП, который встречался отдельно и небольшими скоплениями, коричневые пленки. О коллоидной нестабильности желчи в ЖП свидетельствовало наличие в ней нейтрального жира, кристаллов ХС, а также большого количества микролитов.

Полученные данные свидетельствуют, что состояние ГХС влияет на биохимический состав пузырной желчи, повышая ее литогенность. Коллоидальная нестабильность желчи связана с повышением функциональной активности гепатоцитов и ЗРЭ при моделируемом состоянии ГХС. Повышение в пузырной желчи концентрации ХС, по-видимому, способствовало воспалительным изменениям и стазу желчи в ЖП, что потенцировало переход ХС из растворимой формы в кристаллическую с образованием микролитов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Ю. Э. Журов, О. А. Головина

г. Харьков

Целью исследования являлось определить информативность показателей местной иммунореактивности и интраоперационной пристеночной рН метрии в прогнозировании развития бактериального холангита у больных холелитиазом.

У 95 больных холелитиазом проведены бактериологические и иммунологические исследования желчи, взятой во время операции и в раннем послеоперационном периоде из наружного дренажа общего желчного протока (ОЖП). Местную иммунореактивность оценивали, исследуя в желчи показатели гуморального иммунитета — содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и их размеры (ЦИК константа), а также факторы неспецифической резистентности — активность системы комплемента (СК) и фагоцитоза (рац. пр. №№ 661, 662). Интраоперационная пристеночная рН метрия в ОЖП проводилась через пузырьный проток с помощью специально сконструированных зондов (рац. пр. №№ 663, 664) и регистрирующего устройства — ионометра ЭВ-74.

При бактериологическом исследовании желчи, взятой во время операции из ОЖП, наличие микроорганизмов установлено у 38 (40,0%) больных. Из них только аэробные микроорганизмы встречались у 25 (26,3%) больных (кишечная палочка — 18, золотистый стафилококк — 2, клебсиелла — 2, энтеробактер — 2, энтерококк — 1); анаэробные (клостридии) — у 9 (9,5%) больных; ассоциации аэробно-анаэробных микроорганизмов — у 4 (4,2%) больных (кишечная палочка и клостридии — 3, кишечная палочка и пептострептококк — 1).

При количественной оценке уровня микробной обсемененности аэробных микроорганизмов установлено, что у 17 больных он был меньше 10^5 /мл, а у 21 больного — составил 10^6 /мл до 10^8 /мл.

Анаэробные, а также аэробные микроорганизмы с высоким уровнем микробной обсемененности встречались при любой направленности и выраженности изменений показателей местной иммунореактивности.

Во время операции у больных холелитиазом значения пристеночной рН в ОЖП составляли от 6,9 до 8,4.

Установлена закономерность изменений показателей местного иммунного ответа и данных пристеночной рН метрии при наличии в желчи из ОЖП аэробных микроорганизмов с уровнем обсемененности ниже 10^5 /мл. Так, у 17 больных при указанном уровне микробной обсемененности в желчи из ОЖП отмечалось снижение содержания ЦИК и активности факторов естественной резистентности, а значения пристеночной рН были в пределах 6,9 — 7,3. После операции у 14 больных уровень микробной обсемененности желчи, полученной через наружный дренаж ОЖП, уже на 3 — 5 сутки повышался до 10^6 /мл — 10^7 /мл. Одновременное определение иммунологических показателей в желчи из ОЖП выявило нормальное или высокое содержание ЦИК и активности СК и различную динамику фагоцитарного числа и индекса.

Полученные данные позволяют использовать изменения показателей местной иммунореактивности и пристеночной рН метрии для прогнозирования бактериального холангита. Так, при значениях иммунологических показателей в желчи из ОЖП: ЦИК — 20 ед. и ниже, активность СК — 0,5 ед. и ниже, фагоцитарный индекс — 80% и ниже, фагоцитарное число — 2% и ниже, а также при значениях рН ниже 7,4 можно прогнозировать наличие у больных ЖКБ аэробной флоры и последующее развитие бактериального воспаления.

ЦИПРОФЛОКСАЦИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФАЗЫ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А. В. Капшитарь, А. В. Лушик, Л. А. Карпенко, Ю. Г. Гайворонский

г. Запорожье

В лечении больных с острым деструктивным панкреатитом в инфильтративно-некротической фазе важным является не допустить прогрессирования патологического процесса и развития гнойно-некротической фазы, являющейся одной из основных причин летальности. В связи с этим многие авторы рекомендуют с целью профилактики применять современные антибиотики.

Антибиотик ципрофлоксацин (Ciprolet) производства фирмы «Sr Reddys Laboratories» (Индия) является новым фторхинолоновым антимикробным препаратом широкого спектра действия как в отношении грамположительных, так и грамотрицательных бактерий. Он блокирует бактериальную ДНК-гидразу и нарушает функцию ДНК, что вызывает гибель бактерий. Препарат достигает терапевтических концентраций

почти во всех тканях и жидкостях организма, что свидетельствует о выраженном постантибиотическом эффекте.

В клинике общей хирургии ЗГМУ изучена эффективность ципрофлоксацина у 16 больных острым деструктивным панкреатитом в инфильтративно-некротической фазе с тяжелым клиническим течением. Всем предварительно выполнена лапароскопия, во время которой верифицирован диагноз и форма заболевания (геморрагический панкреонекроз — 7, смешанный — 9). Ферментативный перитонит имел место у всех пациентов, панкреатогенный инфильтрат — у 10. Исследование закончено лечебными мероприятиями под контролем лапароскопа (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза). Наряду с этим, больные получали комплексную интенсивную терапию.

Ципрофлоксацин назначали в первые трое суток после лапароскопии внутривенно капельно по 400 мг 2 раза в сутки, а в дальнейшем, после нормализации амилазы крови, диастазы мочи и функции желудочно-кишечного тракта, препарат вводили перорально по 500 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 10 — 12 дней.

Для динамического наблюдения за течением патологического процесса в поджелудочной железе, парапанкреатической клетчатке и других областях организма как в начале заболевания, так и в процессе лечения проводили общеклинические и биохимические исследования крови и мочи, перитонеального экссудата на диастазу и микрофлору, рентгеноскопию органов грудной и брюшной полостей, гастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование и др.

Эффективность лечения ципрофлоксацином и его возможные побочные действия оценивали на основании жалоб, данных температуры, пульса, артериального давления, местного объективного статуса (болезненность, напряжение брюшных мышц, парез кишечника и др.) и клинико-биохимических анализов крови и мочи.

Установлена хорошая переносимость препарата, отсутствие побочного действия на различные органы и системы. Несмотря на наличие дренажей в брюшной полости, установленных с целью эвакуации содержимого и введения антибактериальных и других препаратов, ни у одного больного не наблюдали вторичного инфицирования или других нагноительных процессов.

Симптомы тяжелой интоксикации регрессировали на 3 — 4 сутки от начала лечения. Температура тела нормализовалась или не превышала 37,4°C. Исходное повышение билирубина крови, АсТ, АлТ, креатинина, мочевины у 12 больных приходило к норме уже на 4 — 5 сутки. Явления перитонита были быстро купированы. Панкреатогенные инфильтраты приняли обратное развитие, а у 2 сформировались кисты поджелудочной железы. У всех 16 больных патологический процесс принял abortивное развитие и по окончании лечения они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, ципрофлоксацин является высокоэффективным антибактериальным препаратом в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом. Он препятствует переходу инфильтративно-некротической фазы в гнойную, что позволяет его рекомендовать более широко в клиническую практику.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

И. А. Криворучко, А. М. Тищенко, Ф. П. Воробьев, И. В. Сарян, Р. М. Смачило
г. Харьков

Острый некротический панкреатит (ОНП) — одна из актуальных и сложных проблем неотложной хирургии органов брюшной полости (ОБП), результаты лечения которого не могут удовлетворить специалистов, занимающихся лечением этого заболевания. Прежде всего, существующие на сегодняшний день различия в результатах лечения ОНП в хирургических клиниках свидетельствуют о расхождении, а порой — и непонимании задач тактики и стратегии при нем. В настоящее время наиболее приемлемой классификацией острого панкреатита является классификация, предложенная Veger H. G. (1991) и получившая признание на Всемирном симпозиуме по этому заболеванию в Атланте в 1992 году:

1. Интерстициальный отечный панкреатит.

2. Панкреонекроз: а) не инфицированный; б) инфицированный.
3. Абсцесс ПЖ.
4. Ложная киста ПЖ.

Основой выбора лечебной тактики при ОНП являются своевременная диагностика и адекватная консервативная терапия. Быстро нарастающие явления интоксикации, волевические расстройства, явления перитонита и «неэффективность» (вследствие неадекватности) консервативной терапии вынуждают хирургов выполнять диагностическую лапаротомию, которая является абсолютно бессмысленной у большинства больных ОНП в системно-токсической фазе заболевания. На наш взгляд, снизить частоту этих, отягощающих состояние больных, операций возможно путем привлечения мини-

мального діагностического арсенала: определения амилазы крови и мочи (скрининг-метод), использования ультразвукового исследования и лапароскопии, что позволяет с большой долей достоверности установить диагноз ОНП. Кроме того, применение малоинвазивных эндоскопических технологий позволяет осуществить те же вмешательства, которые, как правило, выполняются при лапаротомии (декомпрессия желчных путей для устранения билиарной и протоковой гипертензии, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и др.). Безусловно, весь этот комплекс диагностических и лечебных мероприятий возможен только в условиях специализированных центров, оснащенных современным оборудованием и штатом единомышленников, знающих состояние рассматриваемой проблемы.

Более, чем 30-летний опыт оказания помощи больным ОНП в клинике НИИ общей и неотложной хирургии свидетельствует, что на выбор лечебной тактики при этом заболевании не оказывает влияния форма панкреонекроза — жирового и геморрагического, а их подразделение условно и не всегда возможно. Основу же интенсивной терапии при ОНП определяют тяжесть и прогноз заболевания, динамика развития местных (инфицирование некрозов поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК), абсцесс ПЖ, острая псевдокиста и др.) и общих осложнений (развитие системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции). В связи с этим, лечебный подход должен быть комплексным, носить упреждающий характер и включать следующие положения:

1. Организационные мероприятия — создание и внедрение в повседневную деятельность единой доктрины.
2. Снижение интенсивности повреждений, наносимых болезнью, операцией, наркозом и лекарствами.

3. Повышение защитных реакций организма и раннее блокирование системного воспаления для предотвращения необратимого аутодеструктивного процесса в тканях органов-мишеней, защита макрофагов, лимфоцитов, эндотелиальных клеток от гиперактивации и истощения.

4. Профилактика развития синдрома полиорганной дисфункции (неинфекционного и инфекционного).

5. Создание автоматизированных систем диагностики нарушений и мониторинга витальных функций.

Доказательства прогрессирования ОНП (динамическое УЗИ, компьютерная томография, клиничко-лабораторные данные) с развитием инфицирования некрозов ПЖ и ЗК (чрескожная пункция очагов некроза и жидкостных образований с экстренной окраской по Граму) требуют изменения лечебной тактики в пользу оперативного вмешательства, целью которого является удаление девитализированной ткани (путем дигитоклазии) и инфицированного экссудата, рассечение клетчаточных образований в зоне ПЖ и адекватное дренирование. Следует отметить, что всякое вмешательство при развившемся гнойно-некротическом процессе в ПЖ и ЗК должно предусматривать адекватную санацию патологического очага, в том числе и в программируемом режиме с целью обеспечения последовательного и полного удаления некротических тканей, а также проведения комплекса мероприятий, направленных на стимуляцию репаративных процессов в ПЖ и окружающих тканях. Опыт ведущих клиник и наш опыт свидетельствуют о нецелесообразности выполнения расширенных резекций ПЖ (вплоть до панкреатоэктоми) в силу чрезмерной травматичности самих вмешательств и сомнительности их лечебного эффекта.

ДЕЯКІ ГОРМОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПАНКРЕАТИТОМ

Ф. Г. Кулачек, О. Й. Хомко, А. С. Паляниця, І. С. Білик
м. Чернівці

Згідно з сучасними даними, патофізіологічні та біохімічні зміни, які виникають у внутрішніх органах та системах при гострій поліорганній недостатності, що виникає внаслідок багатьох невідкладних захворювань органів черевної порожнини, необхідно розглядати як реакцію на сильний стресовий вплив, у зв'язку з чим корекція стрес-реакції та попередження переходу компенсаторних змін в патологічні мають важливе значення в профілактиці і лікуванні ускладнень, зокрема при панкреонекрозі. Результати хірургічного лікування не задовольняють хірургів із-за високої летальності та значної частоти виникнення гнійно-септичних ускладнень (до 21%).

Для характеристики стану ендокринної системи використовували радіоімунологічний аналіз визначення в плазмі крові трийодтироніну (Т-3), тироксину (Т-4), імунореактивного інсуліну (ІРІ) наборами реактивів інституту Біоорганічної Хімії АН Білорусії. Вимірювання радіоактивності проводилися за допомогою автоматичного комплексу «ГАМА-12» (Україна).

Всього було обстежено 34 хворих. Контрольну групу пацієнтів, що обстежувалися, склали 19 донорів віком від 18 до 42 років ($34,91 \pm 3,08$ років), 15 хворих з панкреонекрозом ($40,21 \pm 5,14$ років). Діагноз у всіх хворих був встановлений на основі клінічних та лабораторних даних, рентгенологічного, ультразвукового та

ендоскопічного методів обстеження. Обстеження проводились в момент поступлення хворих та на 3, 5, 7, 10 доби лікування.

Згідно з нашими даними, у пацієнтів контрольної групи рівень Т-3 був $2,92 \pm 0,12$ нмоль/л, Т-4 — $92,3 \pm 3,2$ нмоль/л, ІРІ — $0,132 \pm 0,07$ нмоль/л.

У хворих з панкреатитом при поступленні відзначався гіпотиреоз. Вміст Т-3 був нижче контрольних показників на 20% ($P < 0,05$) і Т-4 — на 43% ($P < 0,05$). При сприятливому перебігу захворювання рівень тиреоїдних гормонів дещо підвищувався, і навіть на 10 добу не досягав

мінімальної межі фізіологічної норми. У хворих з несприятливим перебігом захворювання значний гіпертиреоз був нижче контрольних показників більше ніж у 3 рази на 10 добу захворювання ($P < 0,05$).

Концентрація ІРІ у хворих з панкреатитом перевищувала показники на 72 — 98% ($P < 0,05$) у всі періоди обстеження. Максимальна концентрація ІРІ спостерігалася на 3 і 5 добу лікування.

Дані про гормональні порушення у хворих з панкреатитом є вірогідними критеріями, які відображують ступінь важкості загального стану хворих і мають важливе прогностичне значення.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В. И. Лупальцов, И. А. Дехтярук, И. А. Сенников

г. Харьков

Острый холецистит, развивающийся на фоне желчнокаменной болезни, довольно часто осложняется механической желтухой и гнойным холангитом. Нами проанализировано 138 больных с острым холангитом. Мужчин было 43 (31,2%), женщин — 95 (68,8%) в возрасте от 38 до 79 лет.

С острой механической желтухой поступило 83 (60,2%) больных, с подострой — 33 (23,9%) и с хронической — 22 (15,9%) больных.

Для уточнения хирургического диагноза всем больным производили ультразвуковое исследование панкреато-дуоденальной зоны, которое в 117 случаях было дополнено эндоскопическим исследованием большого дуоденального сосочка. Релаксационная дуоденография выполнена 111 больным и 30 больным была произведена диагностическая лапароскопия.

В зависимости от выбранной лечебной тактики и возраста все наблюдаемые больные были разделены на две клинические группы. В 1-ю клиническую группу наблюдений вошли 115 больных, из которых 62 была выполнена холецистэктомия с супрадуоденальной холедоходуоденостомией, 26 больным была произведена холецистэктомия, дополненная трансдуоденальной папиллосфинктеротомией и 27 больным выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией. Всем больным этой группы заканчивали операцию наружным дренированием холедоха и подпеченочного пространства перчаточнотрубочным дренажем.

Во 2-ю клиническую группу наблюдений вошли 23 больных пожилого и старческого возраста (старше 65 лет) с высокими цифрами билирубина в крови, длительными сроками холемии на фоне тяжелого холангита и выраженной патологии витальных систем. Объем оперативного лечения больных этой группы был выбран минимальным и преследовал главную

цель — создание декомпрессии во внепеченочных желчных путях и возможности их санации. Этим больным под местной анестезией была выполнена холецистостомия из небольшого разреза длиной 5 — 6 см у края правой реберной дуги в месте проекции желчного пузыря. Во время операции всем больным 2-й группы наблюдений в обязательном порядке производили субоперационную холецистохоледохографию. Противопоказанием для выполнения холецистостомии считали: отключенный желчный пузырь, гангрену его и наличие механического препятствия, расположенного во внепеченочных желчных путях, выше места впадения пузырного протока.

В послеоперационном периоде все больные получали интенсивную трансфузионную терапию, включающую, кроме общепринятых назначений, орошение желчных протоков раствором 1 г антибиотика широкого спектра действия в 100 мл 0,25% раствора новокаина в течение 5 — 7 дней. В последние годы для этих целей мы широко используем мефоксин.

Результаты лечения этой группы больных свидетельствуют, что хирургическая тактика для них была выбрана правильно, так как летальных исходов среди них не было, хотя послеоперационный период у отдельных больных протекал тяжело. Клинические проявления острого гнойного холангита проходили к концу 10 — 14 суток.

Таким образом, больным пожилого и старческого возраста с острым гнойным холангитом и выраженными нарушениями витальных систем операцией выбора в отдельных случаях может быть холецистостомия из небольшого разреза в месте проекции желчного пузыря, которая позволяет санировать внепеченочные желчные пути, способствует нормализации билирубина крови и позволяет подготовить больного к выполнению радикального оперативного вмешательства в более оптимальных условиях.

ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

В. В. Минин, В. В. Хацко, Ю. Л. Куницкий, Ф. А. Греджев, Г. Г. Мысник
г. Донецк

Нарушения свободного оттока желчи через нижний отрезок холедоха, вызываемые поражением ампулы и сфинктера БДС, встречаются довольно часто, и поэтому представляют клиническую проблему.

В многочисленных литературных источниках, касающихся хирургии желчных путей, особенно послеоперационных результатов, указывается, что закупорка, спазм, сужение и фиброз сфинктера являются причиной упорных расстройств.

Так называемый постхолецистэктомический синдром, наблюдаемый, по данным различных авторов, от 3 до 40% всех случаев, обусловлен в большинстве рецидивным развитием конкрементов, стенозирующими процессами в области папиллы и ошибками в пред- и послеоперационной диагностике.

В устранении нарушений оттока в области папиллы или в зоне сфинктера в основном конкурируют два операционных метода: трансдуоденальная сфинктеротомия и супрадуоденальная холедоходуоденостомия. Оба метода имеют свои преимущества и недостатки. Наложение супрадуоденального анастомоза для большинства хирургов является более простым и безопасным хирургическим вмешательством нежели сфинктеротомия.

Широкое вскрытие холедоха позволяет провести тщательную ревизию его, и через наложенное соустье в последующем отходят в просвет кишки конкременты.

Преимущество трансдуоденального вмешательства на сфинктере состоит в непосредственном устранении препятствия (камни, стенозы, опухоли), не изменяются нормальные анатомические взаимоотношения общего желчного и Вирсунгова протоков в терминальной части, улучшается отток из поджелудочной железы, сохраняется клапанная функция сфинктера, снижается возможность развития восходящего холангита.

В факультетской хирургической клинике им. К. Т. Овнатяна с 1953 по 1998 годы оперировано свыше 6000 больных с воспалительными заболеваниями желчных путей. Из них у 1463 выполнены операции на гепатохоледохе, причем у 641 больного (42,8%) были выявлены доброкачественные сужения терминального отдела общего желчного протока.

Истинное представление о характере, локализации и распространенности патологических изменений желчных путей можно установить лишь непосредственно во время операции. Мы достигаем этого последовательной ревизией желчных протоков и смежных органов путем осмотра, ощупывания, зондирования, а также применением специальных методов диагностики: холангиоанометрии, дебитометрии и холангиографии.

У 111 больных холедохотомию вынуждены были дополнить трансдуоденальным оперативным вмешательством на концевом отделе общего желчного протока — папиллосфинктеротомия (63 наблюдения) и папиллосфинктеропластика (48). К этой наиболее сложной операции для хирурга и наиболее тяжелой для больного прибегаем только при ущемлении камней в папилле и нераспространенном стенозе. В этой группе умерло 9 больных.

У 152 больных обнаружены рубцовые стриктуры дистального отдела холедоха, у 228 больных, кроме стриктур, наблюдались вторичные панкреатиты. В 150 случаях сужение дистального отдела холедоха было обусловлено первично-развившимся индуративным панкреатитом.

Считаем, что у таких больных лучшим решением проблемы восстановления пассажа желчи в кишечник является наложение широкого билиодигестивного анастомоза. Наиболее физиологичным, технически простым является холедоходуоденостомия. В этой группе из 530 оперированных умерло 25 больных (4,7%).

Таким образом, из 641 больного, оперированного по поводу доброкачественных сужений терминального отдела общего желчного протока, умерло 44 (6,7%).

Завершение холедохотомии, по нашему мнению, должно быть строго индивидуальным: необходимо дифференцированно учитывать характер патологического процесса, состояние больного и возможности хирурга. При неблагоприятных условиях объем хирургического пособия должен быть сокращен до минимума.

В заключение необходимо отметить, что несмотря на то, что трансдуоденальной методике в последнее время все больше отдается предпочтение, показания к ней должны ставиться только после тщательного детального сопоставления перед- и полученных операционных данных. Эти вмешательства должны выполняться вполне зрелым, опытным хирургом, хорошо знающим хирургию желчных путей.

Этот вид вмешательства является наиболее физиологичным при хронических панкреатитах, обусловленных нарушением оттока в зоне большого дуоденального сосочка.

Выводы:

1. Трансдуоденальные вмешательства на терминальном отделе гепатикохоледоха абсолютно показаны при ущемленном камне большого дуоденального сосочка и нераспространенном стенозе.

2. Метод супрадуоденальной холедоходуоденостомии является ведущим в восстановлении желчеоттока при нарушении его в средней трети гепатикохоледоха и ретродуоденальной части.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

М. Е. Ничитайло, Г. Л. Цегельник, А. В. Скумс

г. Киев

Хирургическая коррекция ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков на фоне гнойного холангита — одна из наиболее трудных и наименее разработанных проблем билиарной хирургии. Ятрогенные повреждения желчных протоков, количество которых, несмотря на прогресс в желчной хирургии на протяжении последних 20 лет, является величиной постоянной и достигает 0,05 — 0,1%, а в период освоения методики лапароскопической холецистэктомии достигает 0,5 — 0,8%, даже при своевременном распознавании и адекватной оперативной коррекции у 20 — 28% случаев осложняются рубцовыми стриктурами желчных путей. В случаях несвоевременной диагностики и неполноценной коррекции ятрогенные повреждения приводят к рубцовой стриктуре желчных протоков во всех случаях.

Кроме ятрогенных повреждений причинами развития рубцовых стриктур желчных протоков являются тактические и технические погрешности при хирургических манипуляциях на протоках и их дренировании.

Нарушение пассажа желчи, возникающее в результате развития рубцовой стриктуры, обуславливает необходимость повторных оперативных вмешательств на желчных протоках. Тяжелое исходное состояние больных, обусловленное печеночной недостаточностью и гнойным холангитом, и технические трудности при выполнении операций обуславливают высокую летальность при указанной патологии (7 — 12%), а также значительное количество осложнений (21 — 43%) и рецидивов заболеваний (17 — 31%).

Тяжесть исходного состояния больных, трудность до- и интраоперационной дифференциальной и технической диагностики тканевых стриктур ворот печени, а также техническая сложность выполнения оперативных вмешательств и послеоперационной реабилитации больных, относительно высокий процент послеоперационной летальности и рецидивов заболевания, несмотря на его доброкачественную природу, заставляют искать новые пути в решении вопросов диагностики, хирургического лечения и профилактики данной патологии ятрогенных повреждений желчных путей ввиду общности природы со стриктурами, сходными во многом тактико-техническими аспектами диагностики и хирургической коррекции и поэтому анализируются нами совместно со стриктурами.

Изучив результаты лечения 27 (22,5%) больных с рубцовыми стриктурами желчных

путей и 12 (10%) больных с ятрогенными повреждениями протоков, мы пришли к заключению, что неудовлетворительные результаты лечения обусловлены следующими причинами:

I. Рецидивом стриктуры и стенозом ранее наложенного анастомоза с развитием и прогрессированием гнойной инфекции желчных путей 28,2%.

II. Регургитационный холангит в результате тактических и технических ошибок при выполнении реконструктивной и восстановительных операций 30,7%.

III. Неадекватным декомпрессивным или каркасным дренированием долевых печеночных протоков подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов билиарного сепсиса 41,1%.

В основу хирургической тактики был положен принцип унификации показаний к различным видам оперативных вмешательств при рубцовых стриктурах и ятрогенных повреждениях желчных путей с приоритетностью восстановительных операций перед реконструктивными.

Различные восстановительные операции из общего количества операций при рубцовых стриктурах 14, что составляет 35,8%. Восстановительные операции предусматривают воссоздание естественного желчеоттока с использованием запирающей функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Выполнять эти операции можно только в тех случаях, когда диастаз между концами протоков после сечения стриктуры не превышает 30 мм при достаточной мобильности обоих анастомозируемых участков желчного протока и надежной проходимости дистального отдела холедоха.

Необходимыми условиями получения стойких положительных результатов, профилактики рецидивов заболевания и прогрессирования гнойной инфекции желчных путей является выполнение следующих условий, которые являются общими для реконструктивных и восстановительных операций.

1. Максимально полное иссечение рубцово-измененных тканей протока.

2. Наложение желчеотводящих анастомозов без натяжения, внеслизистыми узловыми швами монофиламентными нитями с адаптацией слизистых оболочек анастомозируемых органов при отсутствии натяжения анастомозируемых участков пищеварительного канала.

3. Адекватное каркасное дренирование анастомозов при условии неполного иссечения стриктур и невозможности наложить анастомоз шириной 1 — 1,2 см с удержанием каркасного

дренажа в просвете анастомоза всю фазу репаративных процессов.

Этим больным с тяжелой степенью выраженности гнойного холангита в септической и стадии полиорганной недостаточности была проведена прямая антеградная эндолимфатическая антибиотико- и иммунокорректирующая терапия. Катетеризация лимфатического сосуда осуществлялась оперативным доступом в верхней трети медиальной поверхности бедра по методике, разработанной в клинике Украинского центра клинической лимфологии.

Эндолимфатическая антибиотико- и иммуно-

терапия выполнялась с учетом чувствительности к антибиотикам высеваемой микрофлоры и иммунограмм больных. Эндолимфатически применялись как антибиотики аминогликозидного ряда, так и цефалоспорины 2 — 3 поколения, сроки введения колебались от 7 до 20 суток в зависимости от состояния больных. В связи с выраженным вторичным иммунодефицитом всем больным проводилась иммунокоррекция сочетанным применением тимоллина и тактивина на всем протяжении лечения.

Патогенетический подход к лечению и применение новых методик позволили снизить летальность до 3,2%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. Ольшанецкий, А. Д. Беков, А. В. Яровой, А. В. Ковешников, Д. Н. Афонин
г. Луганск

Выбор оперативного вмешательства при постнекротических кистах поджелудочной железы связан со значительными трудностями, обусловленными морфологическими изменениями в стенках кисты и окружающих тканях, развитием осложнений.

Наблюдали 86 больных с кистами поджелудочной железы. У 84 больных были постнекротические псевдокисты, у 2 — идиопатические (по Н. И. Лепорскому), возникшие без видимой причины. При гистологическом исследовании в одной из этих кист установлена цистаденома, у другой — цистаденокарцинома.

Одиночные кисты были у 89% больных, у 8% было по две кисты, кистозное расширение протоков наблюдалось у 3% больных.

У 29% больных кисты локализовались в головке поджелудочной железы, у 31% — в теле, у 35% — в области хвоста и у 5% — в области тела и хвоста. Нагноение кисты имело место у 3-х больных, перфорация в брюшную полость — у 2-х больных, перфорация в бронх нижней доли левого легкого — у 1 больного. Микроперфорация в брюшную полость с образованием панкреатического асцита наблюдалась у одного больного.

В первой стадии формирования кисты (по Р. Г. Карагюляну) поступило 11% больных, во второй — 25% больных, в третьей и четвертой — 64% больных.

Оперировано 40 больных (47%). Ранние неотложные операции, главным образом в I и II периоде формирования кисты, выполнялись в связи с нарастанием интоксикации, развитием симптомов перитонита. Объем операции у этой группы больных был типичным — наружное дренирование кисты. При желчной гипертензии и функционирующем желчном пузыре выполняли также холецистостомию, при отключенном пузыре — холедохостомию.

Отсроченные неотложные операции выполнялись в основном у больных со II стадией формирования кисты при выраженном болевом синдроме, нарушении функции органов брюшной полости, портальной гипертензии. Отдавали предпочтение чрескожному дренированию под контролем ультразвуковой томографии, при отсутствии эффекта переходили на открытое дренирование. Неотложные показания к операции ставились также при наличии желчной гипертензии.

Плановые оперативные вмешательства выполняли при окончательно сформированных псевдокистах размером более 10 см в связи с их увеличением при рецидивах острого панкреатита.

У этой группы больных выполняли «радикальные операции» — цистодигестивные анастомозы — 15 больных (из них продольная панкреатоцистостомия выполнена у 8 больных). При наличии двух кист выполняли продольную панкреатоцистостомию с дренированием обеих кист. У 1 больного выполнена панкреатостомия в связи с тяжелым состоянием больного при кальцинозе поджелудочной железы. Дистальная резекция железы проведена 4-м больным. При кистозной форме опухоли выполнены дистальные резекции с лимфаденэктомией и спленэктомией. Диагноз кистозной формы опухоли устанавливался после вскрытия просвета кисты по состоянию ее стенок. В одном из этих случаев проведено интраоперационное патогистологическое исследование.

53% больных лечились консервативно по программе острого панкреатита: инфузионная терапия, далаггин, цитостатики, сандостатин. Наиболее настойчивое консервативное лечение проводили в I стадии формирования кисты. У этих больных сроки существования кист были небольшие, быстрого увеличения кисты в объеме

тельности к
и иммуно-
применялись
ряда, так и
ки введения
мости от со-
ным вторич-
проводилась
ением тимо-
лечения.
лечению и
или снизить

ме не наблюдалось. При наличии перифокального инфильтрата проводили также курс противовоспалительной рентгенотерапии.

Повторно поступили двое больных с поздними нагноениями кист и один больной в связи с быстрым увеличением кисты и выраженным болевым синдромом. После операции умерло двое больных: один — от перитонита, вследствие несостоятельности швов цистоеюноанастомоза; другой — от прогрессирования деструктивного панкреатита.

Таким образом, хирургическая тактика при кистах поджелудочной железы должна быть строго индивидуальной и зависеть прежде всего от стадии формирования кисты, ее локализации, тяжести состояния больного. На ранних стадиях формирования кист необходимо шире использовать малотравматичные пункционные методы дренирования. Консервативная терапия при стойком ее проведении является эффективным методом лечения острого панкреатита на ранних стадиях формирования кист поджелудочной железы.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ НЕДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

А. С. Паляниця, О. Й. Хомко, О. І. Івашук, О. А. Карлійчук
м. Чернівці

чин

ации выпол-
II стадией
ом болевом
анов брюши-
ии. Отдава-
энированию
графии, при
а открытое
ия к опера-
желчной ги-

шатательства
мированных
м в связи с
юго панкре-

рвативно по
инфузионная
андостатин.
ное лечение
ия кисты. У
я кист были
ксты в объе-

Гострий панкреатит є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії. В останні роки відмічається невпинне зростання кількості хворих на гострий панкреатит в структурі хірургічної патології органів черевної порожнини. Не дивлячись на розширення арсеналу методів та засобів інтенсивної терапії, летальність, за даними різних авторів, коливається від 1,5 до 86%, досягаючи 98 — 100% при миттєвій формі. Основними причинами високої летальності та виникнення ускладнень при деструктивних формах є помилки діагностики, несвоєчасне виконання або неадекватний об'єм оперативного втручання. Це є наслідком труднощів при визначенні форми гострого панкреатиту, його розповсюженості, наявності ускладнень, від чого залежить лікувальна тактика.

Метою дослідження було узагальнення діагностичних та лікувально-тактичних аспектів лікування 146 (33 основної та 47 контрольної групи) хворих з гострим панкреатитом за період з 1995 по 1998 роки. Серед них жінок було — 68 (46,6%), чоловіків — 78 (53,4%) в віці від 15 до 84 років. У працездатному віці, від 20 до 60 років, було 116 (79,5%) хворих. У віці від 30 до 50 років переважаюча більшість була чоловіків. На основі анамнезу виявлено, що причиною виникнення гострого панкреатиту у основної маси хворих (103 — 70,5%) були порушення в дієті (вживання алкоголю, гострої та жирної їжі та інше) і у 34 (23,3%) — жовчнокам'яна хвороба, хронічний алкоголізм, захворювання шлунку та дванадцятипалої кишки та інше. У 9 (6,2%) хворих уточнити причину захворювання не вдалося.

Основними скаргами хворих при первинному опитуванні до початку лікування був різко виражений больовий синдром (болі в надчеревній ділянці та правому підребер'ї) та блювота, парез кишечника у 135 (92,5%), напруження м'язів в епігастральній ділянці у 141 (96,6%). Патогномонічні симптоми для гострого панкре-

атиту, котрі описані в літературі (симптом Вознесенського, Мейо-Робсона, Холстед-Мондор-Турнера, Кача, Махова та інші), визначалися нами у 74 (50,7%) хворих. У всіх хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту спостерігали явища відокремленого або розлитого перитоніту, зміни центральної гемодинаміки, порушення функції органів дихання, сечовиділення, печінки. Пульс до 100 в 1 хвилину був у 52 пацієнтів, вищий 101 — у 94. Порушення гемодинаміки виявлено у 106 хворих. Температура тіла підвищена до 37 градусів С у 75 хворих, 37 — 38 градусів С — у 49 хворих, до 39 градусів — у 18 та до 40 градусів — у 4 хворих. Практично у всіх хворих були зміни зі сторони крові: збільшення кількості еритроцитів, гемоглобіну та лейкоцитів, підвищення ШОЕ, збільшення гематокриту. При дослідженні біохімічних показників крові при поступленні виявлялося збільшення кількості білка, підвищення концентрації креатиніну та сечовини, гіпокальціємія, гіперглікемія. Зі сторони сечі виявлялося підвищення активності амілази. При всіх формах гострого панкреатиту підвищення ферментативної активності було достовірним, але взаємозв'язок ступеня ферментемії та форми захворювання не виявлений. В той же час різке зниження активності амілази в сечі свідчило про прогресування деструктивних змін в підшлунковій залозі.

Для діагностики гострого панкреатиту та диференційної діагностики гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у всіх хворих застосовували ультразвукове дослідження підшлункової залози на 1 — 2 добу з моменту поступлення хворого в стаціонар.

У випадках неможливості уточнення діагнозу, відсутності ультразвукового дослідження в нічний час та при прогресуванні захворювання, не дивлячись на проведення інтенсивної терапії, з метою діагностики форми гострого панкреатиту, застосовували лапароскопію, що дозволя-

ло виявити наявність ексудату з підвищеною активністю ферментів, бляшок жирового некрозу, інфільтрації великого чепця, парезу попереково-обідкової кишки, супутнього гострого холециститу.

Незалежно від ступеня важкості протікання гострого панкреатиту призначалося консервативне інтенсивне лікування. При лікуванні обох груп хворих застосовувався голод з питтям лужної мінеральної води. При блювоті періодично видаляли через зонд шлунковий вміст та промивали шлунок холодною водою. Виконувалася паранефральна блокада. Внутрішньовенно крапельно вводили не менше двох літрів рідини на добу (5% розчин глюкози, 0,9% розчин NaCl, глюкозо-новокаїнова суміш, 5% епілонамін-капронова кислота, реополіглюкін, гемодез), контрикал по 20 — 40 тис. од, сандостатин, анагетика (промедол, баралгін, аналгін), антиспастичні та знижуючі секрецію (спазган, но-шпа, платифілін, папаверин, атропін), антигістамінні препарати (димедрол, пипольфен), холод на епігастральну ділянку, серцево-судинні препарати при порушеннях гемодинаміки (кордіамін, строфантин, корглікон), антибіотики широкого спектру дії, прозерин з подальшою очисною клізмою. У хворих основної групи, крім вищезазначеного

лікування, застосовували ентеросгель та лазерне опромінення підшлункової залози та крові.

У хворих основної групи вже на другу добу знижувалися амілаза крові, діастаза сечі, трипсин крові, ліпаза та лужна фосфатаза, АСТ та АЛТ. У цих хворих швидше нормалізувалася температура тіла, зникали симптоми подразнення очеревини, відновлювалася моторно-евакуаційна функція кишечника. При цьому зменшувалася біль, інтоксикація, що підтверджувалося характерними змінами в біохімії крові.

Оперативне лікування проводилось у випадках неясності діагнозу та неможливості виключити інше ургентне захворювання, діагностуванні деструктивного панкреатиту, сполученні гострого панкреатиту з деструктивним холециститом, при гострому панкреатиті з явищами наростаючого чи розлитого перитоніту, при неефективності консервативної терапії, при прогресуючому погіршенні стану хворих на фоні консервативної терапії (3 хворих з контрольної групи).

Проблема лікування гострого панкреатиту залишається складною. Поліпшенню результатів лікування сприяють своєчасна діагностика захворювання, раціональне сполучення сучасних консервативних та оперативних методів.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ, ЗУМОВЛЕНОМУ ГОСТРИМ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ У ХВОРИХ ВІКОМ ПОНАД 70 РОКІВ

М. П. Попик
м. Львів

Останнім часом зростає кількість публікацій, які констатують помітний ріст хворих ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби, зокрема гострим холециститом, головним чином за рахунок людей літнього віку. При цьому у 80 — 100% пацієнтів важка супутня патологія, переважно серцево-судинна і легенева, що приводить до значної кількості післяопераційних ускладнень і високої летальності, яка досягає 15 — 26%.

Проведений аналіз лікування 54 хворих на гострий калькульозний холецистит, холедохолітаз у віці 70 років і старше. Жінок було 33 (61,1%), чоловіків — 21 (38,9%). З першим приступом поступило 6 (11,1%) хворих, до 5 років хворіло 18 (33,3%), до 10 років — 18 (33,3%), більше як 10 років — 12 (23,3%) хворих. 48 хворих неодноразово лікувались з приводу жовчнокам'яної хвороби. В першу добу від моменту захворювання поступило 12 (22,2%), до трьох — 33 (61,2%), пізніше трьох діб — 9 (16,6%) пацієнтів.

Супутня серцева патологія виявлена у 24 (44,4%) хворих, легенева — у 14 (25,9%), змішана легенево-серцева — у 13 (24,1%), цукровий діабет — у 6 (11,1%) хворих.

Основою лікувальної тактики при гострому холециститі являється раннє хірургічне втручання. Чим старший пацієнт, чим важчий його стан, тим більше він потребує термінової операції. Рання операція попереджує розвиток ускладнень гострого холециститу, технічно легше виконується, зменшує процент післяопераційних ускладнень. Надаючи перевагу активній хірургічній тактиці і радикальним оперативним втручанням, лікування починали з консервативних заходів, направлених на ліквідацію запального процесу і корекцію основних показників гомеостазу. Проте, у 43 (79,6%) хворих, які оперовані в терміновому порядку, при наявності вираженої інтоксикації і симптомів перитоніту, вона виявилась передопераційною підготовкою. До 2 діб прооперовано 6 (11,1%) хворих, у яких відсутні були явища перитоніту, але позитивної клінічної динаміки від консервативної терапії не спостерігалось. У 5 (9,3%) хворих була позитивна клінічна динаміка, але регресу захворювання не наступило і вони оперовані до 3 діб. Передопераційна підготовка проводилась сумісно з анестезіологом, при необхідності з лікарями інших спеціальностей. Оперативні втручання виконували під комбінованим ендотрахеальним

ть та лазер-
и та крові.
і другу добу
і сечі, трип-
аза, АСТ та
алізувалася
підразнен-
ірно-евакуа-
му зменшу-
рджувалося
ові.
ось у випад-
сті виключи-
агностуванні
нні гострого
іститом, при
ростаючого
фективності
ресуючому
сервативної
пи).
панкреатиту
результатів
юстика зах-
ня сучасних
годів.

наркозом з застосуванням нейролептаналгезії і м'язових релаксантів. Інтраопераційно у всіх діагностований деструктивний калькульозний холецистит. Випіт в черевній порожнині був у 42 (77,8%) хворих. Серозним він був у 7 (16,7%) хворих, серозно-фібринозним — у 30 (71,4%), гнійним — у 5 (11,9%). Морфологічна картина виглядала таким чином: флегмонозний холецистит у 36 (66,7%) хворих, гангренозний — у 18 (33,3%) хворих. Широка міхурова протока виявлена у 38 (70,3%) хворих. Загальна жовчна протока була розширена до 10 — 12 мм у 25 (46,2%) хворих, до 15 мм — у 17 (31,5%), до 20 мм — у 8 (14,9%), у 4 (7,4%) хворих загальна жовчна протока розширена більше як до 20 мм. У 28 (51,8%) було виявлено виражений набряк гепатодуоденальної зв'язки.

Проводили холецистектомію, як основну операцію при деструктивному холециститі. Холецистектомію від шийки виконали у 32 (59,3%) хворих, у 22 (40,7%) — комбіновану. Внутрішня ревізія позапечінкових жовчних шляхів через куксу жовчної протоки була проведена у 12 (22,2%) хворих, через цистикохоледохотомію — у 18 (33,4%), через холедохотомію — у 24 (44,4%) хворих. В більшості випадків в холедоку знаходи-

лись дрібні холестеринові конкременти. У 12 (22,2%) хворих 1 — 2 конкременти діаметром 1,8 — 2 — 2,3 см. У 8 (14,8%) хворих виявлено ознаки гнійного холангіту. Виявлена патологія вимагала, з однієї сторони, радикальності, з іншої — скорочення терміну самої операції. Протоки промивали розчином фурациліну, чим досягали одночасно санації і вимивання дрібних конкрементів, а також застосовували лазерне опромінення жовчних шляхів лазерним медичним апаратом АФДЛ з гелій-неоновим активним елементом, укомплектованим модифікованим світловодом. Ревізію жовчних шляхів закінчували зовнішнім дрениванням по Аббе у 16 (29,6%) хворих, по Холстеду — у 9 (16,7%), по Холстеду-Піковському — у 5 (9,3%), по Вишневському — у 12 (22,2%), по Керу — у 9 (16,7%), по Керте — у 3 (5,5%) хворих. Глухий шов холедоха не застосовували. Дозована декомпресія жовчновивідних шляхів попереджувала розвиток гострої печінкової недостатності і сприяла більш швидкій санації жовчновивідних шляхів, затуханню холангіту.

Активна хірургічна тактика з дозованою декомпресією жовчних шляхів дозволяє ефективно впливати на патологію біліарної системи у людей літнього віку.

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛТУХИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А. П. Радзиховский, О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, В. Ю. Зоргач

г. Киев

Анализируются результаты лечения 33 больных в возрасте от 29 до 67 лет в период с 1983 по 1997 гг., у которых течение послеоперационного периода после холецистэктомии осложнилось развитием желтухи, при исходной нормобилирубинемии. Мужчин было 11, женщин — 22. По поводу острого холецистита в порядке скорой помощи было оперировано 24 больных. У 9 больных была выполнена плановая операция, показанием к которой являлся хронический калькулезный холецистит. У всех больных течение послеоперационного периода осложнилось повышением уровня билирубина сыворотки крови на II — III сутки после холецистэктомии. Для дифференциальной диагностики характера желтухи использовали комплекс мероприятий, включавший: биохимическое исследование крови, ультрасонографию (УСГ), компьютерную томографию (КТ), эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ).

В результате у всех больных удалось провести дифференциальную диагностику характера желтухи, при этом наиболее информативным способом оказалась ЭРХГ.

У 11 (33,3%) больных при ЭРХГ не было обнаружено механического препятствия к оттоку желчи. У 7 из них повышение уровня били-

рубина было обусловлено обострением хронического гепатита, а у 4 больных — развитием острого послеоперационного панкреатита. Всем им проведено консервативное лечение, которое позволило добиться нормализации уровня билирубина в течение 2 — 3 недель.

У остальных 22 (66,6%) больных при ЭРХГ был подтвержден механический характер желтухи. Им была выполнена релапаротомия.

Причиной желтухи у 2 больных было прошивание и лигирование гепатикохоледоха в области впадения в него пузырного протока, а у одного больного — развитие синдрома недренируемой правой доли печени вследствие прошивания и лигирования правого печеночного протока. Снятие лигатур привело к выздоровлению больных.

У 7 пациентов общий желчный проток был пересечен в супрадуоденальном его отделе, причем были лигированы как проксимальная, так и дистальная его культы. У 5 больных, у которых протяженность дефекта общего желчного протока не превышала 0,5 см, удалось восстановить целостность желчевыводящих путей формированием билибилиарного анастомоза атравматическим адаптирующим швом с благоприятным непосредственным исходом.

Однако у одного больного через 6 месяцев после операции развилась рубцовая стриктура, что потребовало выполнения повторной реконструктивной операции (гепатикоеюностомия). Еще у 2 больных диастаз между дистальной и проксимальной культями частично иссеченного гепатикохоледоха превышал 2,5 см, поэтому выполнить восстановительную операцию у них не удалось. Им была произведена гепатикоеюностомия на дренаже типа Folcker. Умер после операции один больной вследствие кровотечения из стрессовых язв пищеварительной трубки.

У 11 больных был пересечен общий печеночный проток. Всем им были выполнены реконструктивные операции. Гепатикоеюностомия по А. А. Шалимову с дренажем Folcker произведена у 5 больных; гепатикоеюностомия по А. А. Шалимову с дренажем по Praderi у 2 больных; гепатикоеюностомия на «потерянном дренаже» — у 3 больных и гепатикоеюностомия без использования дренажа у одного больного. Умерло после операции 3 больных.

Отдаленные результаты реконструктивных операций прослежены у 5 больных в сроки от 1,5 до 5 лет. Только у одного больного развилась рубцовая стриктура через 3 года после гепатикоеюностомии на дренаже Praderi.

В заключение хотелось бы остановиться на некоторых, казалось бы, парадоксальных особенностях этиопатогенеза желтухи у наблюдавшихся нами больных. Во всех случаях холецистэктомия выполнялась хирургами, имеющими дос-

таточный опыт, причем только у 3 из 37 больных операция проводилась в ночное время. Все 37 больных до операции были обследованы в достаточном объеме, ни у одного из них при интраоперационной ревизии не было установлено признаков билиарной гипертензии, которые могли бы послужить показанием к инструментальному исследованию желчных протоков, и вместе с тем, ни у одного больного ятрогенно повреждения гепатикохоледоха не было распознано во время первичной операции. Здесь, как нигде, уместно выражение И. Литтманна о том, что, глядя со стороны: «...можно сделать вывод, что холецистэктомия — это легкая и изящная операция, которая может быть выполнена в течение получаса и заключается, можно сказать, только в перевязке пузырного протока и пузырной артерии. Эти хирурги не знают многочисленных вариантов желчных путей, а поэтому смело оперируют, как когда-то кузнец, прооперировавший множество больных с бельмом, пока ему не объяснили, какие могут быть осложнения».

ВЫВОДЫ:

1. Ведущее дифференциально-диагностическое значение при желтухе, возникшей в послеоперационном периоде после холецистэктомии, имеет прямое их контрастирование посредством ЭРХГ.

2. У абсолютного большинства (66,6%) больных причиной возникновения желтухи являются технические ошибки при выполнении холецистэктомии.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИН БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**А. П. Радзиховский, О. Е. Бобров, С. И. Хмельницкий, Н. А. Мендель,
В. Ю. Зоргач, С. С. Гречаный**

г. Киев

Целью работы было выяснение возможностей инструментальной диагностики стойкого спазма большого дуоденального сосочка (БДС) и установление корреляции умеренного расширения желчных протоков с патоморфологическими изменениями их стенок.

В основу работы положен опыт лечения 589 больных с так называемым «постхолецистэктомическим синдромом» (ПХЭС), у 242 (41,1%) из которых были произведены повторные операции. Органические причины ПХЭС были выявлены у 229 (94,6%) повторно оперированных больных. У 13 (5,4%) больных даже при тщательном, всестороннем обследовании, включавшем ультрасонографию, компьютерную томографию, ретроградную панкреатохолангиографию было обнаружено только умеренное (до 12 — 15 мм) расширение желчных протоков. Особенностью клинических проявлений у них было возникновение болевого приступа по типу «печеночной колики» при попытке канюляции БДС и в момент введения контраста при ретроградной холангиографии (5 больных), либо

при попытке пережатия наружного дренажа гепатикохоледоха после холецистэктомии (8 больных).

Принципиальным положением наших исследований является признание не только классической желчнокаменной болезни, проявляющейся образованием крупных, видимых глазом конкрементов (макролитов), но и признание роли нарушений литогенности желчи в патогенезе билиарной гипертензии (В. С. Земсков и соавт., 1987). При таком виде патологии микроконкременты, мигрируя по желчным протокам, постоянно травмируют БДС и вызывают на начальных этапах его стойкий спазм, а при прогрессировании заболевания — стенозирующий папиллит. Именно стойкий спазм БДС и служил у этих больных причиной «трудно объяснимого», на начальных этапах работы, расширения желчных протоков до 12 — 15 мм без видимого на то механического препятствия. Проводимая таким больным холецистэктомия не только не приводила к излечению, но, наоборот, утяжеляла течение болезни в связи с потерей одного из

из 37 боль-
е время. Все
следованы в
из них при
ило установ-
энзии, кото-
эм к инстру-
протоков, и
э ятрогенно-
е было рас-
ации. Здесь,
Питтманна о
жно сделать
гкая и изящ-
выполнена в
жно сказать,
жа и пузырь-
многочислен-
этому смело
оперировав-
пока ему не
ения».

-диагности-
шей в пос-
е холецис-
стирование

ва (66,6%)
элтухи явля-
лнении хо-

механизмов регуляции желчеотделения (сократительной функции желчного пузыря) — т. к. для прохождения желчи через спазмированный БДС секреторного давления печени было явно недостаточно.

Другим положением, которое удалось установить в этот период работы, явилось то, что умеренное, до 12 — 15 мм расширение желчных протоков, не может быть принято, как абсолютный критерий для обоснования завершения операции формированием билиодигестивного анастомоза. Расширение протоков — это лишь симптом, указывающий только на наличие гипертензии и далеко не всегда коррелирующий с морфологическими изменениями стенок протоков.

При рентгелетелеманометрии регистрировали исходное давление (Р. исх.), давление прохождения контраста через БДС (Р. прох.) и остаточное давление (Р. ост.) в желчных протоках. После стабилизации остаточного давления проводили пробу с нитроглицерином (сублингвальный прием 0,0005 — 0,001 г), после чего контролировали давление при постоянном давлении жидкости.

У всех обследованных больных Р. исх. было повышено до 190 — 230 мм вод. ст. Одновременно было повышено и Р. ост. до 200 — 230 мм вод. ст., однако у 6 больных после пробы с нитроглицерином давление снижалось до 120 — 150 мм вод. ст. (у них был диагностирован стойкий спазм БДС), а у 2 больных давление в протоках не изменилось (у них диагностирован стенозирующий папиллит).

Другим доказательством обратимости умеренного расширения внепеченочных желчных протоков и ненадежности использования изме-

рения их ширины для обоснования выполнения желчеотводящей операции являются результаты интраоперационной биопсии культы пузырного протока и передней стенки гепатикохоледоха. При обзорном гистологическом исследовании препараты окрашивали гематоксилином-эозином; для выявления соединительнотканых структур использовали метод Ван-Гизона; эластические волокна окрашивали резорцинфуксинном, а поражения гладкомышечных волокон стенок холедоха и сосудов определяли при окраске гематоксилин — основной фуксинпикриновой кислотой. При этом у всех больных изменения соответствовали 1 типу (по С. И. Хмельницкому, 1991). На препаратах выявлялась фуксинофилия элементов слизистой оболочки протоков; фуксинофобность мышечных волокон с сохранением эластических элементов. Это указывает на возможность сохранения автономности билиарной системы и служит противопоказанием к выполнению операции внутреннего дренирования.

Следовательно: 1. Рентгелетелеманометрическое исследование через наружный дренаж гепатикохоледоха является ценным диагностическим методом, позволяющим дифференцировать функциональный спазм БДС от стенозирующего папиллита.

2. Показания к операциям внутреннего дренирования должны устанавливаться не только на основе измерения ширины желчных протоков, а на основании интраоперационного гистологического исследования их стенок, поскольку в настоящее время только этот способ позволяет судить о сохранности или потере сократительной способности гепатикохоледоха.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В. А. Сипливый, С. Н. Тесленко, Г. Д. Петренко, А. Г. Петюнин, А. Г. Гузь
г. Харьков

Одной из проблем неотложной хирургии органов брюшной полости на протяжении многих десятилетий была и остается проблема хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом. Несмотря на появление новых технологий в медицине (лапароскопические операции), лекарственных препаратов нового поколения (сандостатин), диагностика и лечение больных с острым панкреатитом остается достаточно сложной.

Мы проанализировали результаты хирургического лечения 133 больных с острым деструктивным панкреатитом, которые были оперированы в 1990 — 1998 годах. Возраст больных колебался от 20 до 88 лет.

Причиной острого деструктивного панкреатита у 80% больных был алиментарный фактор и алкоголь, у 20% — желчнокаменная болезнь.

93 больных были госпитализированы в первые сутки от начала заболевания, остальные 40 были госпитализированы в более поздние сроки (от 3 до 7 суток).

Основными клиническими проявлениями острого деструктивного панкреатита были боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошнота, рвота, вздутие живота, повышение температуры тела до 38°C, пальпация инфильтрата в верхних отделах брюшной полости, признаки ограниченного или разлитого перитонита.

В клинических анализах крови у 30 больных выявился лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$, у остальных 93 лейкоцитоз превышал $15 \times 10^9/\text{л}$. Характерным был сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения до 5 — 8%. Повышение уровня общего билирубина сыворотки крови за счет прямой фракции от 40 до 150 мкмоль/л отмече-

но у 29 больных, альфа-амилазы сыворотки крови — у 66 больных. У 45 больных выявлено повышение глюкозы крови от 8,0 до 15,0 ммоль/л. Повышение уровня мочевины и креатинина сыворотки крови наблюдалось у 21 больного. У 11 больных отмечено снижение суточного диуреза до 500 — 600 мл в сутки.

Показанием к оперативному лечению была клиника перитонита. Отечная форма панкреатита обнаружена у 21 больного, жировой панкреонекроз у 23, геморрагический у 74, гнойный у 15 больных.

У 49 больных выполнена холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости; у 35 — абдоминализация поджелудочной железы, оментопанкреатопексия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости; у 35 — дренирование сальниковой сумки и брюшной полости; у 10 — некрсеквестрэктомия и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости; у 2 — холецистэктомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика, вирсунгопластика; у 2 — субтотальная панкреатэктомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Дренирование забрюшинного пространства было выполнено у 15 больных.

В послеоперационном периоде продолжа-

лась интенсивная терапия в условиях отделения реанимации, направленная на коррекцию имеющихся нарушений гомеостаза, медикаментозная терапия, включающая ингибиторы протеолитических ферментов, цитостатики (5-фторурацил), блокаторы H_2 — гистаминовых рецепторов, далаггин, антибиотики. У 8 больных был применен сандостатин. У 15 больных с целью дезинтоксикации применена гемосорбция.

После операции умерло 37 (27,7%) больных с деструктивной формой острого панкреатита. 22 больных умерли в первые 5 суток после операции при явлениях шока, полиорганной недостаточности. 15 больных умерли в более отдаленные сроки, в период постнекротических дегенеративных и гнойных осложнений. В послеоперационном периоде у 12 больных наблюдались эрозивные кровотечения, у 5 больных — дуоденальные и тонкокишечные свищи. Релапаротомия была выполнена у 8 больных. У двух больных развилась тромбоземболия легочной артерии.

Таким образом, при развитии деструктивных форм панкреатита летальность достигает 27,7%. Основными причинами смерти при панкреонекрозе являются панкреатогенный шок, полиорганная недостаточность, эндотоксический шок и постнекротические гнойные и висцеральные осложнения.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

И. А. Титомир, А. А. Скомаровский, И. А. Бут, И. В. Собко
г. Киев

С момента выполнения в 1882 году К. Лангенбухом первой холецистэктомии (ХЭ), проблема диагностики и лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается в центре внимания отечественных и зарубежных хирургов. Актуальность проблемы хирургического лечения ЖКБ обусловлена частотой ее возникновения, а также недостаточной эффективностью существующих методов ее лечения, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, отягощенных тяжелой сопутствующей патологией (Шалимов А. А. и соавт., 1993).

Внедрение в клиническую практику метода лапароскопической ХЭ позволило значительно снизить риск оперативного вмешательства, добиться снижения количества осложнений (до 3,5%) и летальности (до 0,2 — 3,8%). Однако метод лапароскопической ХЭ требует специального оборудования, поэтому применяется только в специализированных клиниках.

Поэтому в последние годы, наряду с традиционными способами ХЭ, все шире используется ХЭ из минилапаротомного доступа (Подпрятков С. Е. и соавт., 1998).

В отечественной и зарубежной литературе описаны и применяются в различных клиниках

в основном два варианта минилапаротомного доступа — подреберный косою и вертикальный (Асатуров Б. И., Морозов Б. Д., 1994; Шалимов А. А. и соавт., 1994; Pelissier E. P. et al., 1992). Различие этих доступов заключается в направлении рассечения кожных покровов и мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки. Менее травматичным считается вертикальный доступ. Однако косою доступ дает возможность обеспечить адекватный подход к патологическому очагу при возникновении каких-либо интраоперационных осложнений или необходимости более широкой ревизии органов брюшной полости. Кроме того, одним из неоспоримых преимуществ ХЭ из минилапаротомного доступа является практически полное исключение образования послеоперационных грыж, что обусловлено как размерами доступа, так и его анатомическим расположением.

Нами предложен вариант комбинированной минилапаротомии при ХЭ. В правом подреберье параллельно реберной дуге производим разрез кожи длиной до 5 см. Ориентиром для разреза является точка Кера. После рассечения подкожной жировой клетчатки в вертикальном направлении рассекаем апоневроз

х отделения
эцию имею-
каментозная
протеолити-
фторурацил),
епторов, да-
ыл применен
ю дезинток-

7%) больных
креатита. 22
осле опера-
той недоста-
э отдаленные
дегенератив-
еоперацион-
лишь эрозив-
денальные и
ия была вы-
х развилась

деструктив-
ть достигает
ти при пан-
енный шок,
токсический
и висцераль-

ГО

таротомного
ертикальный
34; Шалимов
et al., 1992).

ся в направ-
в и мышеч-
ей брюшной
зается верти-
уп дает воз-
тодход к па-
зениии каких-
ий или необ-
зии органов
ним из нео-
илапаротом-
і полное ис-
эрационных
ами доступа,
кением.

ббинирован-
правом под-
ге произво-
Ориентиром
После рас-
тки в верти-
і апоневроз

наружной и внутренней косых мышц живота в безмышечном промежутке у места их слияния с латеральным краем влагалитца прямой мышцы живота. Поперечную мышцу живота тупо расслаиваем и вскрываем брюшину. Желчный пузырь удаляем, как правило, комбинированным способом после выделения и обработки элементов треугольника Кало. Ложе желчного пузыря коагулируется электрокоагулятором, при необходимости — ушивается. Если диаметр общего желчного протока (ОЖП) превышает 0,8 — 1,0 см и имеются признаки желчной гипертензии — осуществляем дренирование ОЖП по Холстеду-Пиковскому с последующей холангиографией.

Нами обобщен опыт выполнения ХЭ с использованием вышеописанного доступа у 353 больных с ЖКБ, находившихся на лечении в клинике в период с 1995 по 1998 гг., что составило 31,3% от общего количества оперированных больных с данной патологией. Пациентов с хроническим калькулезным холециститом было 257 (72,8%), с острым — 96 (27,2%). Из них у 251 (71,1%) имелась сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем. Возраст больных колебался от 18 до 82 лет. Женщин было 292, мужчин — 61. Во время предоперационной подготовки, помимо общих лабораторных исследований, производилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопическая гастродуоденоскопия, при необходимости — эндоскопическая ретроградная холангиография. У 39 больных (11%) операция завершилась без дре-

нирования подпеченочного пространства. Наружное дренирование ОЖП выполнено у 28 больных (7,9%). При этом у 2 больных (0,5%) отмечено кровотечение из культи а. cystica, у 3 (0,8%) — во время чрездренажной холангиографии выявлен остаточный холедохолитиаз. На 5 — 6 сутки им была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с экстракцией конкрементов. Умерло 2 больных (0,5%) в возрасте 75 и 80 лет, у которых имелась выраженная сопутствующая патология. Продолжительность лечения в стационаре составила 3 — 7 суток, в среднем — 4,8 суток.

Выводы:

1. ХЭ из комбинированного минилапаротомного доступа является альтернативным способом хирургического лечения ЖКБ, не требует применения специального дорогостоящего оборудования, применяемого при лапароскопической ХЭ, не уступая при этом в косметическом эффекте, позволяет полностью контролировать ситуацию во время операции и может применяться наряду с традиционными способами выполнения ХЭ.

2. Малая травматичность, снижение риска оперативного вмешательства позволяют рекомендовать выполнение ХЭ из минимального доступа у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных с тяжелой соматической патологией.

3. Минимальный доступ при ХЭ позволяет значительно сократить длительность лечения больных в стационаре за счет быстрой реабилитации пациентов в послеоперационном периоде.

ВИСОКИ ПОШКОДЖЕННЯ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ

І. Р. Трут'як

м. Львів

За останні 2 роки в хірургічному відділенні 8-МКЛ знаходилось 4 хворих із високими пошкодженнями позапечінкових жовчних протоків. У 2 із них пошкодження наступили під час холецистектомії у зв'язку з анатомічною аномалією і у 2 — мали місце ножові проникаючі поранення.

Анатомічні особливості, які були причиною пересічення правої і лівої печінкової протоки, полягали в тому, що права печінкова протока впадала безпосередньо у жовчний міхур, а ліва — з'єднувалась із шийкою жовчного міхура і далі продовжувалась до 12-палої кишки. Аномалія була підтверджена при дослідженні видаленого жовчного міхура.

В іншому випадку конкремент жовчного міхура спричинив холецистохоледохеальну норіцію, повну непрохідність жовчних шляхів і зруйнував передню та бокові стінки печінкової та загальної жовчної протоки з дефектом їх біля 2 см.

При проникаючих пораненнях живота ізольованих пошкоджень печінкових протоків не було. В одного хворого була пошкоджена печінка, жовчний міхур і печінкова протока (передня її стінка), в іншого — печінка, права печінкова артерія, ворітна вена (на половину її діаметра) і повністю пересічена загальна печінкова протока відразу після злиття правої і лівої її гілок.

Всім хворим одноетапно були виконані реконструктивні операції на позапечінкових жовчних протоках.

Вибір способу операції при високих пошкодженнях позапечінкових протоків проводили диференційовано. Основною умовою доброго результату операції є прецизійність накладання швів на протоки, формування достатньо широкого анастомозу із співставленням слизівок протоки та кишки і декомпресія жовчних шляхів в післяопераційному періоді. Можливості маніпуляцій на жовчних протоках значно покращуються після холецистектомії.

Неповне пошкодження загальної печінкової протоки було усунуте зашиванням рани на Т-подібному дренажі за Кером без особливих технічних труднощів. Можливе також використання дренажа жовчних протоків за Робсоном. Ці методи дренування широко застосовуємо після холедохолітомії.

При повних пошкодженнях печінкових протоків можливе зшивання їх «кінець в кінець» при відсутності дефекту стінок і натягу між кінцями. Накладали вузлові шви атравматичною голкою і зав'язували їх на зовнішньому дренажі. Останній попереджує неспроможність швів анастомозу і створює каркас для профілактики стенозування. Особливістю операції у нашого пацієнта було те, що вона виконувалась на фоні крововтрати внаслідок профузної кровотечі із правої печінкової артерії і ворітної вени. Тому в першу чергу була перев'язана права печінкова артерія і зашита ворітна вена. Після зняття турнікету з гепатодуоденальної зв'язки обидві долі печінки відновили життєздатність. В післяопераційному періоді мала місце печінкова недостатність, яка купована медикаментозно.

При дефектах тканин жовчних протоків методом вибору вважаємо гепатикоєюностомію на виключеній за Ру петлі тонкої кишки із зовнішнім дренуванням жовчних шляхів. Пластика жовчної протоки аутовеною і викроювання клаптів із її стінок за Е. І. Гальперінім є технічно складним втручанням, супроводжується недостатністю швів, «скручуванням» і стриктурою протоки. Виключення кишки за Ру є кращим, ніж за Брауном тому, що ця методика попереджує рефлюкс кишкового вмісту в жовчні шляхи і рубцювання гепатикоєюноанастомозу. Удосконалення способу Брауна «заглушкою» за О. О. Шалімовим не завжди ефективно у зв'язку з реканалізацією останньої. Виключена за Ру

кишка повинна мати довжину біля 80 см, що створює добрі умови для операції і в майбутньому попереджує регуртаційний холангіт. Гепатикоєюноанастомоз накладаємо прецизійно вузловими швами (вузлами назовні) на силіконових трубках з боковими отворами, які відкриваються в печінкові протоки і в кишку. Кишку фіксуємо вузловими швами позаду і спереду анастомозу. Таким чином останній інвагінується в стінку кишки. Це усуває натяг анастомозу і його ішемію, які є однією із причин розвитку стриктури. Трубки виводимо назовні через «сліпий» привідний кінець тонкої кишки довжиною 12 см, сформований у вигляді єюностоми і з фіксацією останньої до парієтальної очеревини окремими П-подібними швами. Цей прийом попереджує попадання жовчі в черевну порожнину після порушення герметичності між трубкою і стінкою кишки. Після видалення трубок єюностома відразу закривається. Виведення гепатикостомичних трубок через відвідну петлю кишки недоцільно, тому що утворюється тривало функціонуюча єюностома.

Пересічені праву і ліву печінкові протоки зблизили і зшили між собою. Це дало можливість накласти один гепатикоєюноанастомоз. Протоки дренували двома окремими силіконовими трубками.

У всіх оперованих нами пацієнтів пасаж жовчі в кишківник був відновлений і вони виписані із стаціонара в задовільному стані.

Таким чином, високі пошкодження позапечінкових жовчних протоків є наслідком технічних ускладнень під час оперативних втручань або проникаючих поранень живота. Диференційований вибір способу реконструктивної операції і виконання низки технічних прийомів дозволяють отримати неускладнений перебіг післяопераційного періоду.

НЕКОТОРЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ ХОЛАНГИТА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В. В. Хацко, В. В. Минин, И. В. Тюрин, А. Е. Кузьменко, Ю. Е. Кваша, И. Ф. Полулях, М. К. Фариха

г. Донецк

Диагностика, рациональное лечение и предупреждение холангита являются важной, но и в настоящее время окончательно не решенной проблемой в билиарной хирургии. Клинические проявления инфекции желчных протоков рассматриваются чаще всего как вторичный несамостоятельный симптомокомплекс, развивающийся в связи или как осложнение основного заболевания. Об актуальности темы свидетельствует то, что послеоперационная летальность при остром холангите (ОХ) составляет от 9,3 до 82%.

За последние 10 лет в клинике факультетской хирургии лечились 124 больных с так на-

зываемым «постхолестэктомическим синдромом» (ПХЭС), у 29 (23,4%) из них была клиническая картина ОХ, которая проявлялась болями в правом подреберье, желтушностью кожи и склер, ознобом, высокой гипертермией и лейкоцитозом. Пациенты (20 женщин и 9 мужчин) были в возрасте 42 — 75 лет, причем 9 из них — старше 60 лет. Первичная операция (холестэктомия — ХЭ) произведена в различных больницах в сроки от 4-х месяцев до 2-х лет назад.

Для уточнения диагноза применялись: клинико-лабораторные и иммунологические исследования, перекисное окисление липидов (ПОЛ),

я 80 см, що і в майбутньому. Гепатозно вузлі силіконових ідкриваються ку фіксуємо анастомозу. ся в стінку мозу і його витку стрикрез «сліпий» іною 12 см, і з фіксацією окремими попереджує жнину після ою і стінкою епаноостома епатокиостолю кишки ся тривало

ові протоки цало можлианастомоз. ти силіконо-

ентів пасаж ний і вони му стані. ення поза-наслідком тивних втру-вота. Дифе-структивної их прийомів ний перебіг

ЮМ

им синдро-ыла клин-ась болями ью кожи и ей и лейко-9 мужчин) м 9 из них ыция (холе-различных до 2-х лет

ылись: кли-жие иссле-дов (ПОЛ),

УЗИ, компьютерная томография, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), фиброхолангиоскопия, бактериологические исследования желчи и крови.

В наших наблюдениях факторами риска развития ОХ явились: пожилой возраст больных с длительным анамнезом заболевания, перенесенные операции, сахарный диабет, ожирение, кишечный дисбактериоз, иммунодефицитные состояния, рубцовые стриктуры, камни желчных протоков, обтурационная желтуха с длительностью более 1 месяца, предшествующее лечение иммуносупрессорами и аминогликозидами.

К лабораторным прогностическим тестам (факторам риска) ОХ относятся: гипербилирубинемия (билирубин свыше 40 мкмоль/л), повышение активности АСТ (более 0,7 мкмоль/г/л), АЛТ (более 2,1 ммоль/г/л), гипопропротеинемия (белок ниже 55 г/л), диспротеинемия (А/Г ниже 1,5), снижение уровня протромбина ниже 70%, лейкоцитоз, анемия (Hb ниже 70 ед.), увеличение содержания мочевины в крови (свыше 30), бактериохолемия свыше 10^6 мт/мл, концентрация молекул средней массы выше 0,6 ед., снижение уровня витамина Е при увеличении уровней МДА, диеновых конъюгат и МСМ, Т-лимфоцитопения на фоне снижения абсолютного числа лимфоцитов, высокое содержание иммуноглобулина М на фоне низкого показателя иммуноглобулина G. При наличии 4-х факторов риска прогноз часто неблагоприятный, и летальность достигает 50 — 80%.

По данным исследований, у 16 больных причиной нарушения желчеоттока был холедохолитиаз (в сочетании со стенозом БДС или без него), у 7 — стеноз БДС, у 4 — рубцовая стриктура гепатикохоледаха, у 2-х — протяженный стеноз БДС и терминального отдела общего желчного протока (ОЖП).

Пациентам с клинической картиной ОХ сначала проводили интенсивное консервативное лечение: назначали антибиотики широкого

спектра действия, метронидазол, антигистаминные препараты, спазмолитики, дезинтоксикационную терапию. Эффект отмечен в 22 случаях. Этим больным после купирования острых воспалительных явлений проводили хирургическое вмешательство в плановом порядке. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 2 — 3 суток выполняли операцию по неотложным показаниям. У 7 чел. ОХ удалось купировать с помощью чрескожной чреспеченочной холангиостомии и введения через дренаж антибактериальных средств.

При радикальном оперативном лечении больных ОХ применяли три способа: эндоскопический, хирургический и комбинированный. Ретроградную эндоскопическую папиллосфинктеротомию с удалением камней из холедоха корзинкой Dormia и последующим его промыванием антибактериальными препаратами осуществили у 7 чел. (без осложнений). Холедохолитотомия, холедоходуоденостомия сделана у 7 чел., двойное внутреннее дренирование холедоха — у 4, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия — у 3, холедохостомия по Вишневскому — у 4, гепатикоеюностомия с Брауновским соустьем — у 4. При выборе метода операции исходили из вида патологии терминального отдела общего желчного протока и БДС, а также степени операционного и анестезиологического риска.

Хороший эффект дают предложенные нами способ наружного дренирования гепатикохоледаха, способ дренирования высокого билиодигестивного анастомоза, способ формирования билиодигестивного анастомоза, способ лечения ахолической болезни.

Таким образом, лечение ОХ после ранее перенесенной холецистэктомии представляет собой сложную задачу и требует комплексного подхода. Необходимо стремиться к купированию острых воспалительных явлений консервативными мероприятиями и после этого выполнять радикальное эндоскопическое или хирургическое вмешательство.

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Г. Л. Цегельник, М. Е. Ничитайло
г. Киев

Трудности профилактики и лечения гнойных инфекций желчных путей достигают максимума в случае трансформации гнойного холангита в билиарные абсцессы печени. Исключительная тяжесть исходного состояния больных, обусловленная печеночной недостаточностью и гнойной интоксикацией, требует максимальной интенсификации диагностического и лечебного процесса при указанной патологии.

Билиарные абсцессы печени мы диагнос-

тировали у 13 (10,8%) из 120 больных, результаты лечения которых мы подвергли анализу.

Рассматривая билиарные абсцессы печени как тяжелое заболевание, в основе которого лежит нарушение проходимости желчевыводящей системы, массивное обсеменение печени и желчевыводящих протоков высоковирулентной, поливалентной микрофлорой на фоне глубокого угнетения местного и общего иммунитета, т. е. по существу как терминальную стадию гнойного

холангита, мы исходили из того, что успешное лечение больных данной категории предопределяется разработкой четкой предоперационной диагностики и лечебной концепции, в основе которой лежит этиопатогенетический подход к лечению с учетом причин гнойного холангита и причин его трансформации в билиарные абсцессы печени, вида возбудителя; степени нарушения местного и общего иммунитета тяжести исходного состояния больных, технической оснащенности клиники, наличия подготовленных хирургов и анестезиологов-реаниматоров, позволяющих обеспечить комплексное квалифицированное лечение.

При выработке оптимального диагностического и лечебного процесса у больных билиарными абсцессами печени использовали следующую классификацию.

В классификации отражены количественные характеристики (абсцессы разделяем на одиночные и множественные), их преимущественная локализация (в пределах одной из долей или в обеих долях), наличие осложнений и характер сопутствующих заболеваний, а также типы и причины гнойного холангита, являющегося причиной билиарных абсцессов.

Из анализа представляемого клинического материала вытекает, что только у 2 (15,3%) из 13 наблюдаемых нами больных билиарные абсцессы были одиночные, у всех остальных — множественными. Наиболее часто абсцессами печени осложняется обструкционный гнойный холангит, обусловленный холедохолитиазом 9 (69,2%), рубцовые стриктуры желчевыводящих протоков и стенозы ранее наложенных стриктур желчевыводящих протоков и стенозы ранее наложенных билиодигестивных анастомозов 4 (30,7%).

Диагностику, лечение и профилактику билиарных абсцессов печени мы рассматриваем как единую систему борьбы с хирургической инфекцией билиарной системы. Комплекс диагностических мероприятий в первую очередь должен включать диагностику (дифференциальную и топическую) абсцессов как очаговых поражений печени, так и определение вида инфекционного возбудителя, степени нарушения местного и общего иммунитета, а также определение наличия блокады магистрального желчеоттока и ее причины.

Проведенный нами анализ показал, что достоверная и полноценная диагностика билиарных абсцессов возможна только при учете результатов клинико-лабораторных данных, а также данных неинвазивных и инвазивных методов исследования, причем последние следует применять на заключительном, уточняющем эта-

пе исследования с учетом возможности превращения их из диагностических в лечебные.

Важнейшее значение придавали таким высокоинформативным и неинвазивным методам исследования как ультразвуковая и компьютерная томография.

При тяжелом течении гнойно-септических заболеваний на фоне гнойного холангита с трансформацией последнего билиарного абсцесса, лечебные мероприятия должны включать весь комплекс интенсивной терапии по борьбе с хирургической инфекцией желчных путей с учетом данных повторных бакпосевов, чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Всем этим больным показана экстренная операция после кратковременной интенсивной предоперационной подготовки и минимального объема предоперационных исследований. Объем операции у этой категории больных минимальный — холецистэктомия, холедохолитотомия при наличии холедохолитиаза, наружное дренирование желчных протоков, вскрытие и дренирование абсцессов печени, санация и дренирование брюшной полости. Обязательным у данной категории больных должно быть применение интраоперационного УЗИ исследования, которое позволяет диагностировать внутрипеченочные глубокорасположенные абсцессы.

Больным с тяжелой степенью выраженности гнойного холангита в септической и стадии полиорганной недостаточности была проведена прямая антеградная эндолимфатическая антибиотико- и иммунокорректирующая терапия. Катетеризация лимфатического сосуда осуществлялась оперативным доступом в верхней трети медиальной поверхности бедра по методике, разработанной в клинике Украинского центра клинической лимфологии.

Эндолимфатическая антибиотико- и иммунотерапия выполнялась с учетом чувствительности к антибиотикам высеваемой микрофлоры и иммунограмм больных. Эндолимфатически применялись как антибиотики аминогликозидного ряда, так и цефалоспорины 2 — 3 поколения, сроки введения колебались от 7 до 20 суток в зависимости от состояния больных. В связи с выраженным вторичным иммунодефицитом всем больным проводилась иммунокоррекция сочетанным применением тимолина и тактивина, на всем протяжении лечения.

Патогенетический подход к лечению и применение новых методик позволили снизить летальность до 7,2%.

ЗМІНИ СПЕКТРУ СИРОВАТКОВОГО БІЛКА ДИСК-ЕЛЕКТРОФОРЕГРАМИ В ПОЛІАКРИЛАМІДНОМУ ГЕЛІ ПРИ СИНДРОМІ ОБТУРАЦІЙНОГО ХОЛЕСТАЗУ І ЙОГО ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ

К. Л. Чурпій, С. М. Василюк
м. Івано-Франківськ

Дослідженнями останніх років у хворих з холестазом, які отримували звичайну передопераційну підготовку, відмічено високий відсоток

післяопераційної летальності, який пов'язаний з порушенням функції печінки. Так, при механічній жовтяниці доброякісного генезу летальність до-

ности пре-
лечбные.
али таким
ным мето-
я и компь-

ептических
лангита с
ого абсцес-
лючать весь
ррбе с хи-
й с учетом
вительности
епаратам.

экстренная
нтенсивной
нимального
едований.
и больных
оледохоли-
аза, наруж-
в, вскрытие
; санация и
язательным
о быть при-

исследова-
вать внутри-
абсцессы.
выраженно-
ой и стадии
а проведена
иеская анти-
ая терапия.
суда осуще-
н в верхней
ра по мето-
Украинского

тико- и им-
ом чувстви-
емой микро-
Эндолимфа-
ютики ами-
тоспорины 2
лебалось от
т состояния
вторичным
проводилась
применением
протяжении

лечению и
пили снизить

сягає 9,5%, тоді як в групі хворих з злоякісними ураженнями жовчних шляхів — 20 — 53,5%. Тому хворих з механічною жовтяницею необхідно вважати потенційно небезпечними за відношенням до виникнення печінкової недостатності (ПН), яка часто розвивається після операції. Так, в результаті швидкого спорожнення жовчних шляхів після відновлення їхньої прохідності, за даними Є. І. Гальперина (1970), післяопераційна летальність від ПН досягає 15 — 46%, що пов'язане з гепатоцитолізом та порушенням проникливості клітинних мембран, внаслідок швидкого зниження внутрішньо-печінкового тиску. Виникнення ПН приводить до значного порушення білковосинтезуючої функції печінки, що має прямий зв'язок із змінами спектру сироваткового білка.

На думку В. С. Шевченка (1988), І. А. Коркан (1988) та інших, чим триваліша жовтяниця та інтенсивніша запальна реакція тканин гепатобілярної зони, тим вищою є кількість глобулінів та нижчою — альбумінів на фоні відносно стабільного вмісту загального білка.

Виходячи з наведеного, нами у 103 хворих з механічною жовтяницею поряд з ретельним клінічним обстеженням проведений комплекс лабораторних і імунологічних обстежень крові: лейкоцитарну формулу, рівень білірубину, креатиніну, сечовини, АлАТ та АсАТ, амілази та сироватковий білок методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі (ПААГ), який дозволяє розділити білки на 20 — 25 фракцій. Якісне і кількісне розшифрування проводили за розробленою в клініці оригінальною методикою оптоелектронного аналізу з використанням автоматичної комп'ютерної системи. Одночасно проводили вивчення кількісного вмісту Ig G, Ig A, Ig M сироватки крові за Mancini (1965) та в окремих фракціях білка за методикою М. Д. Василюка (1984). Дослідження проводили в крові, взятій з ліктьової вени в динаміці захворювання і хірургічного лікування.

Інструментальну діагностику починали з ультразвукового дослідження гепатобілярної зони, яке дозволяло встановити наявність конкрементів в жовчному міхурі, а у 85% хворих — прямі ознаки холедохолітіазу, дилатації жовчних шляхів на ґрунті злоякісної пухлини чи стенозуючого папіліту або холангіту. У 26 хворих при наявності ознак холедохолітіазу застосовували ендоскопічну трансдуоденальну ретроградну холангіопанкреатографію.

Вивчення сироваткового білка дозволило дати клінічну оцінку порушенню функціонального

стану печінки та глибини ураження гепатоцитів. При аналізі показників диск-електрофореграми в ПААГ були виявлені значні зміни у всіх фракціях сироваткового білка. Так, білки фракцій преальбумінів 1а і 1б зникали, тоді як фракції 1 підвищувалися майже в 2 рази ($p < 0,05$). Фракція альбумінів мала тенденцію до зниження і їх вміст знаходився в прямій залежності від інтенсивності ракового генезу альбуміни знижувалися до 25 — 27%. Після комплексного лікування і ліквідації причини холестази спостерігалось поступове підвищення альбумінів, однак у хворих із злоякісними пухлинами зростання їх кількості було незначним. Отримані дані дозволяють зробити висновки, що ураження гепатоцитів при тривалому холестазі значно виражене, про що свідчить повільне відновлення кількості альбуміну після усунення холестази.

В постальбуміновій зоні спостерігалось підвищення церулоплазміну в 1,5 — 2 рази та на 30 — 40% — трансферину. В зоні повільних посттрансферинів, де локалізуються Ig G, Ig A, Ig M, відмічалось підвищення білка в фракціях 14, 17, 21, 25, 27. При вираженому порушенні функції печінки білки цих фракцій не диференціювалися. Кількість білка в фракції 27, де розміщені β -ліпопротеїди, збільшувалась в 3 — 3,5 рази, що певною мірою пов'язане з альтерацією гепатоцитів, запаленням тканин гепатобілярної зони та поступленням в кров'яне русло продуктів їхнього розпаду.

Виходячи з наведених даних, результатів клінічного аналізу та лабораторно-інструментальних досліджень, всі хворі були піддані оперативному лікуванню — традиційній і лапароскопічній холецистектомії та усуненню причини холестази. У 19 хворих конкременти видалено шляхом ендоскопічної трансдуоденальної папілосфінктеротомії, у 17 — через достатньо поширену міхурову протоку і 50 — після холедохотомії. У 68 хворих операція була закінчена зовнішнім дрениванням загальної жовчної протоки за Піковським, Вишневським чи Кером, у 13 — проведено холедохоентеростомію. У 2 хворих відновлено прохідність жовчних шляхів після ятрогенного пошкодження. В доопераційному періоді всім пацієнтам проводили адекватну медикаментозну терапію, спрямовану на ліквідацію запального процесу в позапечінкових жовчних шляхах, усунення проявів інтоксикаційного синдрому та ПН, корекцію вуглеводного, білково-електролітного обміну та кислотно-лужної рівноваги.

РАМИ

ТАКТИКА, ВИБОР ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТАХ

С. И. Шевченко, В. Н. Шалдуга, В. Г. Дуденко, И. Н. Лодяная, Р. С. Шевченко, А. А. Анисимов
г. Харьков

В хирургической ургентной патологии органов брюшной полости одно из ведущих мест принадлежит острым панкреатитам. Наиболее тяжелые формы этого заболевания — острые

деструктивные панкреатиты (ОДП), по данным II Украинского конгресса хирургов (1998 г.), дают послеоперационную летальность от 12,5% до 39,9%. Несмотря на высокую летальность, до

настоящего времени дискутируются вопросы хирургической тактики и выбора метода оперативного вмешательства при этой патологии.

В хирургических отделениях областной клинической больницы г. Харькова с 1.01.70 г. по 1.01.99 г. с ОДП оперировано 202 больных, из них мужчин — 105, женщин — 97. Возраст оперированных колебался от 16 до 81 года, средний возраст 46,9 лет. Во всех случаях диагноз ОДП подтвержден на операции, а также в большинстве случаев при патогистологическом исследовании. Из 202 оперированных умерло 63 человека, что составляет 31,2%. Тактика лечения этих больных менялась. Если с 1970 г. по 1983 г. оперативные вмешательства применялись в ранние сроки, то в последующем опе-

рации до 7 — 14 суток от начала заболевания производились лишь при неэффективности консервативного лечения: нарастании неподдающейся коррекции выраженной интоксикации, признаках перитонита, нарастании печеночно-почечной недостаточности, недостаточности со стороны сердечно-сосудистой системы, а также при появлении и нарастании явлений механической желтухи. У 8 больных с ОДП лапаротомия производилась с другим предположительным диагнозом — перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки 4 человека, острая кишечная непроходимость — 2, острый деструктивный холецистит — 2.

Результаты оперативного лечения ОДП приведены в таблице.

| №№ пп | Название операции | Вынужденные | | Ранние 8 — 14 суток | Отсро- ченные более 14 суток | Всего |
|--------------|--|-------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | | ургентные до 3 суток | срочные до 7 суток | | | |
| 1. | Субтотальная резекция ПЖ | 32 (15) ^x | 8 (2) | 5 (1) | | 45 (18 — 40%) |
| 2. | Дистальная резекция ПЖ | 16 (11) | 6 (4) | 4 (1) | 2 | 28 (16 — 57,1%) |
| 3. | Оментопанкрео- пексия | 28 (10) | 13 (5) | 10 (3) | 3 | 54 (18 — 33,3%) |
| 4. | Тампонада саль- никовой сумки | 17 (4) | 10 (1) | 1 | — | 28 (5 — 17,8%) |
| 5. | Секвестрэкто- мия некроти- ческих тканей ПЖ | — | 2 (1) | 21 (3) | 24 (2) | 47 (6 — 12,7%) |
| Всего | | 132 (53 — 40,2%) | | 70 (10 — 14,3%) | | 202 (63 — 31,2%). |

х) В скобках указано количество умерших больных.

В комплекс общепринятой патогенетической консервативной терапии в последние 5 лет включались: лапароскопия с дренированием брюшной полости, интракорпоральное озонирование и лазерное облучение крови, обязательное применение двух антибиотиков, чаще фторхинолоны с аминогликозидами. Консервативная терапия продолжалась до формирования абсцессов в сальниковой сумке или парапанкреальной жировой клетчатке, что часто свидетельствовало о начале отграничения деструкции паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) от жизнеспособных тканей. Большую помощь в отслеживании характера воспалительного процесса в ткани ПЖ, наряду с клиническим течением заболевания и данными лабораторных исследований, оказывали УЗИ и КТ.

Оперативным доступом во всех случаях была верхнесрединная лапаротомия с продлением разреза книзу. Обязательными были ревизия и при общепринятых показаниях санация желчевыводящей системы, дренирование забрюшинной клетчатки при ее абсцессах или флегмоне, а также интубация кишечника и дренирование брюшной полости из 4 точек при выраженном перитоните с предшествующим лаважем брюшной полости.

Во всех случаях к передней брюшной стенке подшивалось окно в желудочно-ободочной связке и дренировалась сальниковая сумка.

Анализируя полученные данные оперативного лечения ОДП, обращают на себя внимание более благоприятные результаты при применении одних и тех же оперативных методик в более поздние сроки с момента заболевания, когда воспалительный процесс в паренхиме ПЖ или отграничивался, или имел тенденцию к отграничению.

Радикальные операции — субтотальная резекция ПЖ или дистальная ее резекция предпочтительны при вынужденных или ранних операциях, когда имеется обширное поражение паренхимы ПЖ. При очаговых некрозах паренхимы необходима мобилизация по нижнему краю железы с последующей оментопанкреопексией или тампонадой сальниковой сумки большим сальником. Секвестрэктомия некротических тканей ПЖ тупым способом — дигитоклазия уместна при легко отделяемых секвестрах. Эта травматическая манипуляция способствует предотвращению некроза непораженных тканей.

Снижение летальности при ОДП во многом зависит от времени с момента заболевания до начала применения комплексной патогенетической современной терапии, а также объема оперативного вмешательства.

ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

РАННЯЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

С.М. Абдурахимов, О.Е. Собиталиев, Н.Н. Симонов, А.В. Гуляев, В.К. Ковалев, Ф.Г. Гуламов
г. Шлиссельбург

Нами осуществлен анализ лечебных мероприятий и их эффективности у 2239 больных, которым были выполнены радикальные операции по поводу рака прямой кишки. В послеоперационном периоде у 165 больных (7,4%) развились ранние хирургические осложнения, потребовавшие интенсивной и целенаправленной терапии и, в том числе, при ряде клинических ситуаций — релапаротомии у 148 (6,6%) больных. Из них у 50 пациентов причиной релапаротомии явилась кишечная непроходимость.

Возраст больных (17 женщин и 33 мужчины) от 35 до 77 лет. Срок повторной операции от 2 до 15 дней после основного хирургического вмешательства. Причины развития кишечной непроходимости достаточно разнообразны.

Анализ результатов релапаротомии позволил выявить непосредственные причины, вызвавшие кишечную непроходимость. Динамическая кишечная непроходимость наблюдалась у двух больных, за счет отека анастомоза она возникла у трех пациентов. У остальных лиц развивалась механическая кишечная непроходимость, основной причиной которой явился спаечный процесс у 35 из 45 больных. У 3 больных имел место заворот тонкой кишки (после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, брюшно-анальной резекции и гемиколпроктэктомии). У 5 больных ущемление имело место между боковой стенкой живота и «шпорой» колостомы после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и у 2 пациентов — в дефекте тазовой брюшины после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и субтотальной колэктомии.

Обычный объем операции — устранение механического препятствия, эвакуация содержи-

мого «приводящей» петли тонкой кишки, и введение в брыжейку раствора новокаина.

По нашим данным, кишечная непроходимость чаще (31 из 50 наблюдений) развивалась после операций, связанных со значительным нарушением целостности париетальной брюшины (4 больных перенесли субтотальную колэктомию, 5 — левостороннюю гемиколпроктэктомию, 22 — брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки). Еще 9 больным была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, 5 — чрезбрюшная резекция прямой кишки, 2 — операция Гартмана и 3 больных подвергнуты паллиативным операциям (колостомия (2) и обходные анастомозы (1)).

Длительность наблюдений при послеоперационной кишечной непроходимости во многом определяет исход релапаротомии. Из 50 повторно оперированных, больных умерло 15 человек. Средняя продолжительность периода симптомов кишечной непроходимости в группе выздоровевших после лечения составила 21 час, среди умерших — 65 часов. Причиной смерти больных после релапаротомии был разлитой перитонит у 8 больных, тромбоэмболия легочной артерии у 3 пациентов, двусторонняя пневмония у 3 человек и у 1 больного — острая почечная недостаточность.

Таким образом, механическая спаечная тонкокишечная непроходимость является хотя и не частым, но достаточно грозным осложнением раннего послеоперационного периода при хирургическом лечении рака прямой кишки. В этом случае вопрос о повторной операции должен решаться по возможности быстро, поскольку длительность периода явлений кишечной непроходимости является решающим фактором для исхода лечения.

ТОЛСТАЯ КИШКА КАК ПЛАСТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ТОТАЛЬНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКИ

А. М. Белозерцев, Н. И. Томашевский, В. В. Ярошак, А. И. Матвиенко, П. Ф. Гюльмамедов, С. К. Джеломанов, О. Н. Федорчук, С. С. Ксенофонтов, М. Н. Башмаков
г. Донецк

Хирурги, занимающиеся восстановительными операциями на желудочно-кишечном тракте, обоснованно считают, что толстая кишка является хорошим пластическим материалом для за-

мещения утративших функцию органов пищеварительного тракта. Особенности ангеоархитектоники кишки позволяют мобилизовать необходимой длины трансплантат с надежным крово-

снабжением как при гастропластике, так и тотальной эзофагопластике. Выключение из кровоснабжения одной или двух магистральных артерий кишки в большинстве случаев не ведет к нарушению гемоциркуляции как в трансплантате, так и в оставшихся отделах толстой кишки, благодаря надежной анастомотической связи между магистральными артериями (краевой сосуд).

Первую информацию об ангеоархитектонике кишки хирург получает, осмотрев ее при формировании пищевого стома. И тогда же, исходя из полученных данных, ориентировочно определяется участок возможной мобилизации кишечного трансплантата. Дополнительно обращается внимание на положение и подвижность поперечно-ободочной кишки, наличие каких-либо патологических изменений. Дополняется информация о кишке данными ирригоскопии.

Из 871 больного, находившегося в клинике в связи с рубцовым стенозом пищевода после химических ожогов, у 29 использовать толстую кишку для тотальной эзофагопластики не представилось возможным. У 6 больных имел место хронический неспецифический язвенный колит, 9 больных страдали дивертикулярной болезнью, у 8 — выявлены полипы разной локализации и величины, рассыпной тип строения сосудов кишки был причиной отказа у 6 больных. У трех больных избыточное развитие жировой клетчатки в мезоколон и параколитическом пространстве не

позволило мобилизовать трансплантат в первой попытке. Это стало возможным лишь после уменьшения массы тела в сроки от 3 до 6 месяцев.

Компенсация функции толстой кишки после эзофагопластики наступает в разные сроки, в среднем в течение 6 месяцев после операции. У лиц в возрасте до 30 лет компенсация функции кишки в новых условиях наступает через 2 — 3 месяца, у лиц старше 50 лет — в течение года. Одним из серьезных препятствий в нормализации ее функции является стеноз коло-коло анастомоза, обусловленного разницей диаметра приводящего и отводящего концов оставшейся кишки. Однако со временем явления анастомозита проходят и функция кишки нормализуется. Хирургические вмешательства в этой связи мы предприняли у двух больных: формирование цестомы.

При использовании для эзофагопластики поперечно-ободочной кишки в послеоперационном периоде частота стула в течение 1 — 1,5 месяцев оставалась на уровне 3 — 4 раз в сутки, имея полужидкий характер. К концу второго года у большинства больных стул носил регулярный характер, не чаще 1 — 2 раз в сутки.

Следует отметить, что у больных с использованием для эзофагопластики левой половины толстой кишки компенсация функции ее наступала сравнительно быстрее и не носила патологического характера.

К ПРОБЛЕМЕ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В. Н. Буценко, В. Д. Тимофеев, Л. И. Василенко, В. П. Семенов, В. И. Ксенз
г. Донецк

Заболевания гениталий нередко принимают за острый аппендицит. Такие ошибки встречаются у 2 — 6,3% оперируемых с диагнозом «острый аппендицит». Сочетание острого аппендицита и патологии гениталий наблюдается у 4,7% оперируемых женщин. Значительную часть больных с гинекологической патологией оперируют хирурги общего профиля, в то же время обратный вариант является практически исключенным.

В клинику за последние 15 лет госпитализированы 14968 больных по поводу острого аппендицита (мужчин — 5763, женщин — 9205). Из них у 479 (5,2%) в процессе обследования, а также во время операции была установлена патология женских половых органов или сочетание этой патологии с острым аппендицитом. В возрасте 15 — 20 лет было 116 (24,3%) больных, 21 — 30 лет — 174 (36,4%), 31 — 40 лет — 97 (20,2%), 41 — 50 лет — 71 (14,8%), 51 — 60 лет — 8 (1,7%), старше 60 лет — 13 (2,6%).

Все больные оперированы. Удаление кистозно измененного яичника произведено 124 больным (по поводу разрыва кисты — 85, пере-

крута кисты — 39), сальпингэктомия — 173 (по поводу внематочной беременности — 117, пиосальпинкса — 56), ушивание яичника по поводу разрыва кисты — 98, прочие — 3, вмешательство на придатках не производилось у 81 больной, у 304 (63,5%) больных выполнена аппендэктомия. При этом флегмонозный аппендицит (по данным гистологического исследования) обнаружен у 16 (5,2%) больных, катаральный — у 68 (22,4%). Вторичные изменения червеобразного отростка отмечены у 81 (26,6%) больной. Однако, как показал анализ результатов гистологического исследования, при воспалительном процессе в придатках матки в 19,2% удаленных червеобразных отростков наблюдался воспалительный процесс. Далеко не всегда можно это обнаружить макроскопически. Поэтому нами принято решение при острых воспалительных заболеваниях женских половых органов выполнять и аппендэктомию.

Ретроспективный анализ истории болезни показал, что в большинстве наблюдений имелись трудности дифференциальной диагностики выявленной патологии. Так, у 62,5% больных

т в первой
сле умень-
месяцев.
ишки пос-
е сроки, в
перации. У
я функции
рез 2 — 3
ение года.
ормализа-
-коло ана-
диаметра
ставшейся
анастомо-
ализуется.
і связи мы
ование це-

топластики
перацион-
е 1 — 1,5
аз в сутки,
орого года
регулярный

с исполь-
і половины
ее насту-
ла патоло-

— 173 (по
- 117, по
поводу
ательство
больной, у
ндэктомия.
[по данным
ружен у 16
2,4%). Вто-
ростка от-
, как пока-
ого иссле-
ссе в при-
рвеобраз-
льный про-
бнаружить
нято реше-
болеваниях
ь и аппен-

ий болезни
дений име-
диагности-
% больных

основным симптомом была боль в правой под-
вздошной области, боль внизу живота отмечалась
у 37,3% больных, тошнота и рвота отмечены у
29,4% больных, нарушение стула — у 12,4%. На-
пряжение мышц нижней части живота опреде-
лялось у 30% больных, причем у 13,5% оно было
более выражено справа. Симптом Щеткина-
Блумберга оказался положительным у 40,2%
больных. Обобщение и анализ клинических дан-
ных позволяют считать, что у всех больных в анам-
незе заболевания было недостаточно убедитель-
ных данных для правильного диагноза как хирур-
гической, так и гинекологической патологии. Све-
дения о нарушениях менструального цикла не
способствовали диагностике, поскольку они не
имели какой-либо определенной закономерно-
сти. Данные объективного обследования (боль в
правой подвздошной области, даже наряду с на-
личием других болевых точек, напряжение мышц
живота, в том числе и в правой подвздошной
области, и уж тем более положительный симп-
том Щеткина-Блумберга) на первый план выд-
вигали предположение об аппендиците. Резуль-
таты лабораторных исследований подтвержда-
ли наличие воспалительного процесса в орга-
низме и были неспецифичными. Таким образом
у больных с предположительным диагнозом ост-
рого аппендицита имелись основания для это-
го, даже если червеобразный отросток был не
изменен. Видимо, психология хирурга, опреде-
ляющего болезненность, а иногда и напряжение
мышц живота в правой подвздошной области, не
позволяет отрешиться от мысли о грозном и ко-
варном заболевании — остром аппендиците.

Врачом-гинекологом были осмотрены 126
(26,3%) больных. У 42 из них патология половых
органов была исключена, у остальных ее не от-

вергали, но, по мнению консультантов, она не объяс-
няла полностью клинику заболевания. Такая нео-
пределенность заключений склоняла хирургов к не-
обходимости оперативного вмешательства.

Абсолютное большинство врачей-гинеко-
логов не владеет навыками интраоперационной
диагностики хирургической патологии, в частно-
сти диагностики острого аппендицита, что мо-
жет привести к тяжелым осложнениям.

Хирурги, оказывающие неотложную хирур-
гическую помощь, как правило, являются высоко-
квалифицированными специалистами, не испы-
тывающими затруднений при операциях на жен-
ских половых органах. Поэтому полагаем, что
основные вопросы диагностики и хирургическо-
го лечения острой гинекологической (оператив-
ной) патологии успешно могут решать хирурги
общего профиля.

ВЫВОДЫ:

1. Дифференциальная диагностика острых
заболеваний женских половых органов и остро-
го аппендицита представляет собой чрезвычай-
но трудную проблему, нередко решаемую только
во время оперативного вмешательства.

2. Ошибочный диагноз острого аппендици-
та ставят в 5,2% случаев заболеваний генита-
лий.

3. Большая частота сочетанной патологии
(хирургической и гинекологической), трудности
дифференциальной диагностики, наличие в хи-
рургических отделениях необходимых условий
для оперативного вмешательства по поводу ост-
рой гинекологической патологии, квалификация
хирургов, оказывающих неотложную помощь, оп-
ределяют целесообразность сосредоточения
данной категории больных в хирургических от-
делениях общего профиля.

ДО ПИТАННЯ СТАНУ ЗГОРТУВАЛЬНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ МАЛЛОРИ-ВЕЙСА

В. В. Бойко, В. Г. Грома

м. Харків

В наш час процеси гомеостазу, тромбоут-
ворення, коагуляції та фібринолізу розглядають-
ся з позицій єдиної фізіологічної функціональної
системи, відповідальної за утворення оптималь-
ного агрегатного стану внутрішнього середови-
ща організму, необхідного для здійснення
метаболізму клітин, тканин та органів. Встанов-
лений прямий кореляційний зв'язок між гущи-
ною та згортанням крові, між концентрацією
фібриногену та гущиною крові, з однієї сторони, і
адгезивно-агрегаційною активністю тромбоцитів,
з іншої.

З метою визначення надійності гемостазу у
хворих з синдромом Маллорі-Вейса до та після
проведення гемостатичних заходів ми вивчали
стан згортувальної системи у 63 хворих. Тести
гемокоагуляції визначали одразу при госпі-

талізації хворих. Одночасно хворим призначали
гемостатичну терапію, спрямовану на підвищення
гемокоагуляційного потенціалу.

При вивченні вказаних показників встанов-
лено, що у хворих з синдромом Маллорі-Вейса
розвивається гіперкоагуляція, що змінюється
гіпокоагуляцією, вираженою тим значніше, чим
важча кровотеча. Одночасно відмічається змен-
шення фібринолітичної активності, яка зростає на
фоні розвитку зниження згортувальної активності
крові. Крім того, активність фібринолізу підви-
щується по мірі посилення кровотечі.

Після електрокоагуляції розривів слизової
оболонки кардіоезофагеальної зони, нанесення
плівкоутворюючих препаратів на область тріщин
чи інших місцевих гемостатичних заходів, що по-
єднувалися з введенням в кров'яне русло речо-

вин, що сприяють підвищенню згортувальної здатності крові, відмічалось підвищення коагуляційного потенціалу крові, що в свою чергу доказувало достатній ступінь надійності гемостазу після проведених заходів.

Анамнестичні та клінічні дані хворих з синдромом Маллорі-Вейса вказували на те, що в більшості пацієнтів, особливо зловживаючих алкоголем, захворювання виникає на фоні хронічної або гострої інтоксикації та печінкової недостатності. Це підтверджувалось підвищеними показниками аланінової та аспарагінової трансаміназ, порушенням основних функцій печінки — вуглеводної та білковоутворюючої, що вказувало на наявність запально-некротичного процесу паренхіми печінки. Останнє зажадало обов'язкового включення в комплекс гемостатичної терапії синтетичного водорозчинного аналогу вітаміну К — вікасолу (по 1 мл 1% розчину 3 рази за добу), який бере участь в утворенні протромбіну та сприяє нормалізації згортання крові.

Лише у 4 хворих, оперованих на висоті кровотечі, місцева гемостатична та трансфузійна терапія успіху не мала і показники гемокоагуляції свідчили про подальше пригнічення згортувальної системи крові. Субопераційно встановлено, що у всіх 4 хворих основним джерелом кровотечі

була хронічна виразка шлунку або дванадцятипалої кишки. З зони розривів продовження кровотечі при операції не виявлено. Аналогічні результати відмічені і у 2 хворих, що відмовлялись від лікування, а тому не одержували місцевого гемостатичного лікування.

Приведені нами результати досліджень стану гемокоагуляції у хворих з синдромом Маллорі-Вейса дозволяють припустити, що при цьому захворюванні фаза гіперкоагуляції змінюється станом гіпокоагуляції, тобто має місце тромбогеморагічний синдром як варіант коагулопатії споживання.

Після виконання заходів локального гемостазу в комплексі з загальною гемостатичною терапією відмічено зростання гіперкоагуляції, що, на нашу думку, могло бути пов'язано не тільки з введенням в кров'яне русло факторів згортання крові, але і з активацією їх в крові, що відтікає від шлунку при місцевих інструментальних заходах в зоні розривів кардіоезофагеальної зони.

Таким чином, вважаємо за доцільне обов'язкове включення в комплекс обстеження хворих з синдромом Маллорі-Вейса динамічного спостереження за показниками коагулограми та призначення об'єму та варіанту гемостатичної терапії в залежності від показників останньої.

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНТЕРАЛЬНОЇ АНТИМІКРОБНОЇ КАПСУЛИ ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ

О. О. Вільцанюк, І. І. Геращенко, А. І. Ошовський
м. Вінниця

В останні роки у зв'язку із збільшенням кількості операцій на органах черевної порожнини відмічається зростання хворих на злукову хворобу та непрохідність кишківника внаслідок злукового процесу (Шотт А. В., 1990). Різноманіття видів кишкових швів неспроможне попередити інфікування черевної порожнини та запобігти виникненню злукового процесу (Запорожець А. А., 1968). Проблема профілактики злукової хвороби потребує подальшого вивчення (Соломко А. В., 1999).

Нами розроблена методика попередження інфікування черевної порожнини через кишковий шов: первинного, у перші 3 години (Мазур Ю. І., 1995) після накладання анастомозу та вторинного, через 12 — 16 годин (Корепанов В. І., 1997). У її основі лежить інтраопераційна фіксація до зони анастомозу розчинного пристрою — двошарової капсули, стінки та порожнина якої вміщують антимікробний препарат (АМП).

Дослідження *in vitro* показали, що вивільнення АМП із шарів оболонки капсули відбувається з різною швидкістю: протягом перших 2 — 4 годин розчиняється зовнішній шар оболонки — концентрація АМП у розчині швидко зростає. Потім зростання концентрації у часі уповільнюється, що відповідає поступовому розчиненню внутрішнього шару. Через певний час у зону анастомозу виходить вміст капсули — суміш сорбенту та АМП.

Ефективність дії розробленого пристрою вив-

чали на 22 безпородних собаках у 2 серіях дослідів. Перша серія була контрольною. У другій серії при накладанні міжкишкового анастомозу у прозір кишківника вводили розроблену капсулу. Релапаротомію тваринам виконували через добу після операції. При ревізії звертали увагу на вираженість злукового процесу (Шотт А. А., 1990) та вивчали мікробну забрудненість черевної порожнини і зони анастомозу (Запорожець О. О., 1973).

На першу добу після накладання міжкишкового анастомозу у 1 серії дослідів при бактеріологічному дослідженні випоту із черевної порожнини висіли бактерії у кількості 10^3 — 10^4 КУО/мл (КУО — колонійутворюючі одиниці), злуковий процес був вираженим у всіх випадках. При відокремленні підпаяних органів кількість бактерій у змивах з очеревини у зоні анастомозу сягала 10^5 КУО/мл. У 2 серії анастомози вільно лежали у черевній порожнині за винятком 2 випадків, коли зона міжкишкового сполучення була рихло вкрита пасмами великого чепця. При бактеріологічному дослідженні випоту та змивів з очеревини у зоні анастомозу росту бактерій не було.

Таким чином, інтраопераційне введення у просвіт кишки антимікробних речовин із програмованим режимом дії є важливим міроприємством для профілактики інфікування черевної порожнини через шов анастомозу та виникнення післяопераційного злукового процесу.