

Горький, 1962.—6. Осипова Н. Н., Мельникова М. Н., Заблудовская Е. Н., Прохорова Т. Н. Сов. мед., 1982, 9, 98.—7. Петрусенко Е. И. В кн.: Рефлексотерапия методом чжень-цзю. Горький, 1961.—8. Рогова Д. А. В кн.: Иглорефлексотерапия. Горький, 1974.—9. Стояновский Д. Н. Иглорефлексотерапия. Кишинев, 1981.—10. Таиров А. И. В кн.: Иглорефлексотерапия. Горький, 1974.—11. Труфанова В. Ф., Дубенко Е. Г. Иглотерапия. Киев, 1980.—12. Циммерман Я. С., Бяков Ю. А., Черникова З. В. В кн.: Диагностика, клиника и лечение заболеваний желудка. Пермь, 1972.—13. Циммерман Я. С., Вержбицкий Ф. Р. а) В кн.: Фундаментальные проблемы гастроэнтерологии. Тез. докл. XIII Всесоюз. конф. по физиологии пищеварения и всасывания. Киев, 1981; б) Лабор. дело, 1982, 6, 45.—14. Чжу Лянъ. Руководство по современной чжень-цзютерапии. М., Медгиз, 1959.

Поступила 15.05.84.

УДК 616.37—002.4—089.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М. И. Маврин, В. М. Маврин

Кафедра хирургических болезней (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР, проф. И. А. Салихов), кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. А. А. Агафонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская больница № 12 (главрач — М. Ф. Игнатъев) г. Казани

До настоящего времени существуют разногласия в выборе метода лечения, определении показаний, времени проведения и вида оперативного вмешательства при деструктивных формах острого панкреатита. Ряд хирургов придерживаются преимущественно консервативной тактики лечения острого панкреатита [1, 3]; другие [5] рекомендуют закрытые методы операций или удаление некротизированной части поджелудочной железы [6, 7, 8]. Однако еще недостаточно четко определены сроки, характер и объем оперативного вмешательства при панкреонекрозе.

В связи с этим нами проанализированы результаты хирургического лечения 128 больных (мужчин — 66, женщин — 62) с различными формами некротического процесса поджелудочной железы, не связанного с патологией желчных путей. В возрасте от 29 до 60 лет было 76 больных, старше 60 — 52. Из анамнеза установлено, что 27 человек страдали алкоголизмом, 15 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, 16 — заболеваниями сердца и сосудов; 23 больных перенесли острый или хронический панкреатит.

Диагноз деструктивного панкреатита устанавливали на основании тяжелого состояния больных, постоянных сильных болей в эпигастральной области, рвоты, подъема температуры тела выше 38°, цианоза кожных покровов, тахикардии, снижения АД, олигурии, психических расстройств, наличия симптомов перитонита, воспалительного инфильтрата в верхней половине живота, лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. У 12% обследованных активность амилазы мочи была в пределах нормы. Наиболее выраженные изменения на ЭКГ отмечались у больных, имевших в анамнезе ишемическую болезнь сердца, коронарокардиосклероз, инфаркт миокарда. Диагноз уточняли с помощью лапароскопии, во время операции и путем патоморфологических исследований.

Ошибочный диагноз до операции был выставлен 54 больным: перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки — 38, кишечная непроходимость — 9, острый аппендицит — 7. Причина ошибочной диагностики была связана в основном с полиморфизмом клинических признаков острого деструктивного панкреатита. В течение первых суток от начала заболевания поступили 79 больных, через двое суток — 36, через трое суток и более — 13.

Экспериментальные исследования проведены на 20 кошках, у которых вызывали острый панкреатит [9] и определяли сократительную функцию миокарда [2] через сутки от начала заболевания и после субтотальной резекции поджелудочной железы.

Срочная операция в течение 24—48 ч от поступления и заболевания была выполнена 114 больным, у которых консервативная терапия не давала эффекта, нарастали симптомы перитонита и нельзя было исключить острую хирургическую

патологию. На операции у всех больных в брюшной полости и сальниковой сумке были обнаружены геморрагический выпот с высокой активностью амилазы, очаги стеатонекроза на сальнике и брыжейках, резкий отек и кровоизлияния в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. У 61 больного обширные субкапсулярные кровоизлияния, стеатонекрозы и тромбоз сосудов были выявлены во всех отделах поджелудочной железы, у 53 нарушение кровообращения в железе носило очаговый характер. Причиной образования геморрагического выпота являлись генерализованные расстройства микроциркуляции, вызванные воздействием ферментов поджелудочной железы. Поскольку в данные сроки заболевания еще трудно определить зону некроза и глубину поражения, то после удаления экссудата вводили в забрюшинную клетчатку 0,25% раствор новокаина (100 мл) и контрикал (20 000 ЕД); у ряда больных рассекали брюшину над поджелудочной железой, дренировали сальниковую сумку и брюшную полость. В последние годы брюшину над поджелудочной железой не рассекали, так как это приводит к повреждению тканей железы и развитию свищей. 12 больных дополнительно производилась холецистостомия для билиарной декомпрессии, 4 — холецистэктомия, 3 — оментопанкреатопексия и 2 — абдоминализация поджелудочной железы.

На 10—20-е сутки после дренирования сальниковой сумки и рассечения брюшины над поджелудочной железой развились следующие осложнения: наружный панкреатический свищ (у 17), желудочно-кишечные свищи (у 5), аррозивные кровотечения (у 15), абсцесс поджелудочной железы (у 8), эвентрация кишечника (у 2). У 11 больных панкреатический свищ закрылся самостоятельно через 1—1,5 мес.

Релапаротомия была выполнена 14 больным: 8 — с целью остановки кровотечения из сосудов панкреато-додуоденальной зоны и 3 — секвестрэктомии. Послеоперационная летальность составила 44,5%. В течение 3 сут после указанной операции умерли 26 больных от сердечно-сосудистой недостаточности и панкреатогенного перитонита. Особенно тяжелые кардиогемодинамические расстройства, не устраняемые медикаментозной терапией, наблюдались у лиц старше 60 лет. На более поздних сроках после операции причиной смерти был разлитой гнойный перитонит в сочетании с аррозивным кровотечением (у 13), дыхательной недостаточностью из-за плевропульмональных осложнений (у 15), печеночно-почечной недостаточностью (у 3). У умерших от панкреонекроза при патоморфологическом исследовании сердца и поджелудочной железы, проведенном Н. П. Поповым, были установлены стаз, микротромбозы, структурная дезорганизация сосудистой стенки, очаги некроза, зернистая дистрофия и фрагментация мышечных волокон миокарда. Дистрофические изменения в миокарде были связаны с воздействием протеолитических ферментов, биологически активных веществ и токсических продуктов некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Анализ операций показал, что дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, рассечение брюшины над поджелудочной железой на ранних сроках развития острого геморрагического панкреонекроза малоэффективны, травматичны и тяжело переносятся больными. Несмотря на активную дезинтоксикационную терапию, введение ингибиторов протеаз, крови, антибиотиков широкого спектра действия, сердечных препаратов в послеоперационном периоде, данные манипуляции не прерывали прогрессирующего течения некротического процесса в поджелудочной железе и сопровождалась высокой летальностью сначала из-за тяжелых кардиогемодинамических расстройств, а позднее от постнекротических осложнений и перитонита. Лучшими результатами оказались у тех больных, которым были выполнены оментопанкреатопексия и абдоминализация поджелудочной железы в сочетании с холецистостомией. В фазе ферментной токсемии более обосновано проведение лапароскопического дренирования брюшной полости и перитонеального диализа [4].

Отсроченные операции (10—20-е сутки заболевания) были произведены 14 больным панкреонекрозом, осложненным нагноением, секвестрацией омертвевших тканей железы, парапанкреатической флегмоной и гнойным перитонитом. Медикаментозная терапия не давала у них эффекта, состояние продолжало ухудшаться, нарастали озноб, симптомы разлитого перитонита, увеличивался в размерах воспалительный инфильтрат в проекции поджелудочной железы. Отсроченные операции были вызваны отказом больных, мнимым благополучием и стиханием болевой реакции. Ретроспективный анализ клинического течения показал, что снижение болевой реакции было обусловлено тотальной деструкцией ткани поджелудочной железы и, видимо, гибелью нервных элементов.

Операция заключалась в удалении мутного выпота из сальниковой сумки и брюшной полости, секвестрэктомии и резекции большей части некротизированной под-

желудочной железы. С целью снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы одному больному была дополнительно произведена ваготомия передней хорды. Хвост и тело поджелудочной железы были удалены 6 больным. При выделении железы острым и тупым путем технических трудностей не возникало, кровотечения не было из-за тромбирования мелких сосудов. Измененную часть железы удаляли вместе с некротизированной забрюшинной клетчаткой и селезенкой, так как выделить ее сосуды не представлялось возможным. Для предупреждения кровотечения соблюдали необходимую осторожность при перевязке непрочных стенок сосудов селезенки. Пересечение железы производили в измененной зоне, что не позволяло изолированно перевязать вирсунгов проток. Культю железы ушивали и перитонизировали сальником. В ложе железы и селезенки вводили трубки и марлевые тампоны.

По нашему мнению, резекция некротизированной части поджелудочной железы, выполненная до развития гнойного перитонита, дает хорошие результаты. Она предупреждает развитие постнекротических осложнений и аррозивных кровотечений. После резекции 4 человека выздоровели, 2 больных умерли от прогрессирования гнойного перитонита. 4 из 14 оперированных умерли от перитонита, 2 — от внутреннего кровотечения. Результаты хирургического лечения показали, что удаление некротизированной части поджелудочной железы следует выполнять до развития гнойных осложнений. В этом убеждают и результаты экспериментальных исследований: субтотальное удаление некротизированной поджелудочной железы через 24 ч от момента развития панкреонекроза прерывает ферментную токсемию, улучшает состояние животных и сократительную деятельность сердца (см. табл.).

Показатели сократительной функции миокарда у животных до- и после субтотальной резекции поджелудочной железы при панкреонекрозе

Пережатия аорты	ЧСС, мин.	$P_{\text{исх.}}$ ($P_{\text{мп}}$), кПа	$P_{\text{макс}}$, кПа	T, мс	$P_{\text{макс.}}/T$, мм рт. ст./мс
1	243 ± 7	$18 \pm 0,4$	$26 \pm 0,3$	76 ± 2	$2,57 \pm 0,08$
	221 ± 4	$19 \pm 0,2$	$30 \pm 0,5$	82 ± 2	$2,77 \pm 0,06$
3	235 ± 6	$17 \pm 0,3$	$24 \pm 0,2$	81 ± 1	$2,23 \pm 0,04$
	215 ± 5	$18 \pm 0,2$	$29 \pm 0,4$	88 ± 3	$2,49 \pm 0,08$
5	222 ± 7	$16 \pm 0,4$	$20 \pm 0,3$	98 ± 2	$1,57 \pm 0,02$
	195 ± 4	$18 \pm 0,2$	$27 \pm 0,5$	89 ± 3	$2,27 \pm 0,09$
8	202 ± 5	$14 \pm 0,5$	$19 \pm 0,3$	125 ± 2	$1,19 \pm 0,02$
	184 ± 3	$17 \pm 0,4$	$26 \pm 0,4$	100 ± 3	$1,97 \pm 0,08$
10	158 ± 4	$13 \pm 0,6$	$17 \pm 0,3$	136 ± 2	$0,95 \pm 0,02$
	166 ± 1	$15 \pm 0,5$	$23 \pm 0,3$	121 ± 3	$1,43 \pm 0,03$

Примечание. В числителе — показатели сократительной функции до субтотальной резекции, в знаменателе — после неё. ЧСС — частота сердечных сокращений; $P_{\text{исх.}}$ ($P_{\text{мп}}$) — систолическое давление в левом желудочке до- и в промежутках между пережатиями аорты; $P_{\text{макс}}$ — максимальная величина систолического давления в левом желудочке при полном 30-секундном пережатии аорты; T — время развития максимально достижимого систолического давления в левом желудочке; $P_{\text{макс.}}/T$ — средняя скорость развития $P_{\text{макс.}}$, выраженная в мм рт. ст. за 1 миллисекунду. $P < 0,05$ по отношению к контролю.

По нашим данным, эффективность резекции поджелудочной железы проявлялась в достоверном снижении частоты сердечных сокращений, повышении внутрижелудочкового давления, увеличении силы и скорости сокращения миокарда.

Таким образом, результаты хирургического лечения при панкреонекрозе зависят от показаний, сроков и выбора адекватного метода оперативного вмешательства, направленного на предупреждение гнойно-септических осложнений и удаление некротизированной части поджелудочной железы.

ВЫВОДЫ

1. Выбор вида и объема оперативного вмешательства при панкреонекрозе зависит от длительности заболевания, выраженности некротического процесса поджелудочной железы и осложнений.

2. С целью предупреждения развития постнекротических осложнений и фер-

ментной токсемии наиболее обоснованными операциями при панкреонекрозе являются оментопанкреатопексия, абдоминация и удаление некротизированной части поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маят В. С., Атанов Ю. П., Буромская Г. А. Хирургия, 1983, 10, 5.—
2. Меерсон Ф. З. Гиперфункция, гипертрофия, недостаточность сердца. М., Медицина; Берлин, Народ и здоровье, 1968.—
3. Нестеренко Ю. А., Атанов Ю. П., Хмельницкий Г. А. Хирургия, 1983, 7, 24.—
4. Савельев В. С., Кубышкин В. А. Клин. хир., 1984, 11, 43.—
5. Тоскин К. Д., Старосек В. Н. Там же.—
6. Филин В. И., Вашетко Р. В. Там же.—
7. Шалимов А. А., Подпратов С. Е. Там же.—
8. Hollender L. F., Marie A., Meyer et. al. Chirurg, 1980, 51, 371.—
9. Liium R., Maddock S. Surgery, 1948, 24, 4.

Поступила 16.04.85.

УДК 617.55—003.6—089.878

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Н. Г. Гатауллин, А. Ф. Власов

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав.—заслуж. деят. науки БАССР, проф. Н. Г. Гатауллин) Башкирского медицинского института

Инородные тела, случайно оставленные в тканях и полостях при оперативных вмешательствах, вызывают тяжелые осложнения. В литературе мы нашли единичные сообщения о судьбе больного после извлечения инородных тел из брюшной полости [1, 2].

Мы изучили истории болезни 125 больных с различными инородными телами в брюшной полости, оставленными при оперативных вмешательствах, по материалам Башкирской АССР с 1938 по 1981 г. У 88 человек инородные тела были извлечены при повторных операциях, у 11 — через рану или свищ на перевязках, у 21 — на аутопсии. У 5 больных марлевые инородные тела вследствие образования пролежня проникли из брюшной полости в просвет кишки и отошли при дефекации.

Вызывают тревогу ближайшие результаты лечения этих больных: из 125 человек 89 выздоровели, 36 умерли. У большинства из них причина смерти была непосредственно связана с осложнениями, вызванными инородными телами.

После извлечения инородных тел из брюшной полости под нашим наблюдением находились 72 больных. У 6 из них обследование было проведено в сроки от 1 до 2 лет после удаления, у 20 — от 3 до 5 лет, у 46 — от 6 до 19 лет. Часть больных (22 чел.) к моменту обследования жалоб на органы брюшной полости не предъявляла (1-я группа). Обследованные лица считали себя практически здоровыми, в лечении и трудоустройстве не нуждались. Отдаленные результаты у них были оценены как хорошие.

У 36 больных отдаленные результаты лечения признаны нами лишь удовлетворительными (2-я группа). Инородные тела у 28 из них были оставлены при экстренных, у 8 — при плановых оперативных вмешательствах.

Анализ протоколов операций у больных 2-й группы показал, что у 8 из них инородные тела были оставлены на фоне воспалительного процесса в брюшной полости. У 7 больных инфекция локализовалась в пределах пораженного органа (желчный пузырь, червеобразный отросток, маточная труба, поджелудочная железа), у 4 был выявлен ограниченный спаечный процесс. У остальных 17 человек воспалительных заболеваний или спаек в брюшной полости в момент первой операции не было. Однако в отдаленные сроки у них были обнаружены новые заболевания, в том числе у 5 из 8 оперированных в плановом порядке. Непосредственной причиной этих заболеваний нужно считать осложнения, вызванные оставленными инородными телами.

Больные данной группы жаловались на периодические боли в животе, тошноту или рвоту, вздутие живота, задержку газов. При обследовании у 10 были диагности-