

фического пилоростеноза. Однако этот симптом нужно дифференцировать с пролабированием слизистой. Как показали наши исследования, эндоскопия при первичном гипертрофированном пилоростенозе оказалась малоэффективной.

Резюмируя, следует отметить, что полной корреляции между клинико-рентгенологическими изменениями и стадией пилоростеноза не имеется. Для решения основной диагностической задачи — выяснения причины стеноза — большое значение приобретает комплексное клинико-рентгено-эндоскопическое исследование с тщательным изучением перистальтической, моторно-эвакуаторной функции желудка. Даже при кратковременном заполнении суженного пилородуоденального канала можно дифференцировать признаки язвенной пилы и раковой инфильтрации.

ВЫВОДЫ

1. Комплексное клинико-рентгено-эндоскопическое исследование позволило у 102 из 104 больных установить анатомическую природу пилоростеноза.

2. Использование двухконтрастного исследования, или пневмогастрографии, при пилоростенозах II—III стадии позволяет дифференцировать рубцово-язвенный и опухолевый стенозы выходного отдела желудка.

3. Полной корреляции между клинико-рентгенологическими, эндоскопическими изменениями и стадией пилоростеноза не установлено. Окончательное установление стадии пилоростеноза возможно лишь на операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов П. В. Клинико-рентгенологическая семиотика рака желудка. М., Медицина, 1974.
2. Калиш Ю. И., Остер А. Н., Струцкий Л. П. Мед журн. Узбекистана, 1978, 10.
3. Пономарев А. А. Врач. дело, 1980, 9.
4. Портной Л. М., Сазонов А. М., Нефедова В. О. Пневмогастрография. М., Медицина, 1980.
5. Соколов Ю. Н. Вестн. рентгенол., 1973, 6.

Поступила 21 сентября 1983 г.

УДК 616.37—002.1—089.853:616.382—089.583.29

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГИПОТЕРМИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Н. П. Евдокимов

Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина и хирургическое отделение медико-санитарной части г. Омутинска Кировской области

В диагностике и лечении острого панкреатита все большее значение приобретает лапароскопия. Этот метод является более простым и щадящим, чем оперативные приемы. Описаны методики лапароскопической локальной гипотермии поджелудочной железы и бурсооментопанкреатоскопии [1, 2].

Известно, что гипотермия обладает положительными свойствами, резко угнетая синтез амилазы, трипсина и липазы. Локальная желудочная гипотермия имеет ряд серьезных недостатков — требует использования сложной аппаратуры, осуществляется под эндотрахеальным наркозом и др. [3, 4]. В то же время лапароскопическая локальная гипотермия более эффективна.

На основании разработанного ранее метода мы провели у 81 больного прямой осмотр поджелудочной железы и сальниковой сумки (бурсооментопанкреатоскопию). У 18 (22%) больных в сальниковую сумку ввести лапароскоп не удалось. Один больной прооперирован в связи с повреждением сосуда в отечной желудочно-ободочной связке.

Исследования в клинике при панкреатоскопии у 63 человек показали, что у 94,4% больных сальниковая сумка представляет собой замкнутую полость. В связи с этим при одновременном сочетании гипотермии поджелудочной, железы и лаважа сальниковой сумки достигается более значительный лечебный эффект.

Мы применили лапароскопический гипотермический лаваж сальниковой сумки в комплексном лечении 63 больных с острым панкреатитом и холецистопанкреати-

том (возраст 22 — 74 года), поступивших в сроки от 2 до 40 ч от начала заболевания (табл. 1).

Дренирование брюшной полости выполняли всем больным с отечным, геморрагическим панкреатитом и панкреонекрозом. Лапароскопический лаваж салниковой сумки проводили охлажденной до $+4$ — $+6^{\circ}$ смесью физиологического раствора хлорида натрия и 0,25% раствора новокаина в соотношении 1:1. Температура диализата колебалась в пределах $+18$ — $+21^{\circ}$. У 3 больных наблюдалась реакция в виде озноба, которая была купирована введением 2 мл пипольфена.

Лаваж салниковой сумки применяли вместо антиферментных и цитостатических препаратов в комплексе с общеукрепляющим консервативным лечением (спазмолитики, инфузионная терапия — физиологический раствор, коллоидные и плазмозамещающие растворы, нативная и сухая плазма, свежечитратная кровь; анальгетики, постоянная аспирация желудочного сока, парентеральное питание и др.).

Смесь подвели к железе капельным способом (150 — 180 капель в 1 мин) в течение 3 — 4 ч. Температура поджелудочной железы, определяемая прямой контактной термометрией, снижалась с $37,3$ — $38,2$ до 32 — 34° и повышалась на $2,6$ — $3,8^{\circ}$ через 2 — 3 ч.

Количество сеансов гипотермического лаважа и их продолжительность варьировали в зависимости от длительности и интенсивности болевого синдрома, а также от уровня амилазы диализата. У больных с отечным панкреатитом активность амилазы мочи снижалась со 128 до 64 — 32 ед. после 3 сеансов лаважа. Температура тела больных не изменялась и составляла $36,9$ — $37,3^{\circ}$. Через сутки исчезала тахикардия, нормализовалась гемодинамика, активность амилазы диализата не определялась, и дренажи из салниковой сумки были удалены. При геморрагическом панкреатите активность амилазы мочи снижалась медленнее и нормализовалась к концу 2-х суток. Активность амилазы крови пришла к норме на 3-и сутки, одновременно ослабевала боль в животе, нормализовалась гемодинамика, и дренажи из салниковой сумки были удалены.

Острый панкреонекроз был диагностирован у 9 больных. Некротические очаги диффузно располагались в теле и хвосте железы (у 6) и в области головки и тела железы (у 3). Температура поджелудочной железы регистрировалась в пределах $37,5$ — 38° . Лаваж салниковой сумки позволил купировать острый процесс в течение 7 сут у 5 больных и 10 сут — у 4. После нормализации гемодинамики и активности амилазы крови и мочи умеренные боли хотя и не носили опоясывающего характера, однако держались в эпигастральной области до 14 сут. Контрольной панкреатоскопией было установлено наличие значительного рубцового процесса в салниковой сумке и склерозирование поджелудочной железы.

При лечении больных острым холецистопанкреатитом потребовалось 1 — 2 сеанса гипотермического лаважа салниковой сумки. Болевой синдром был купирован полностью или оставался незначительным к концу 1-х суток. Дренажи были удалены через 2 сут. Этих больных прооперировали в плановом порядке с удовлетворительными результатами. Общая летальность составила 1,6%.

Таблица 1
Распределение больных с поражением поджелудочной железы

Вид поражения	Больные		Умерло	
	абс.	%	абс.	%
Острый отечный панкреатит	23	36,5	—	—
Острый геморрагический панкреатит	12	19,1	—	—
Острый панкреонекроз	9	14,2	1	1,6
Острый холецистопанкреатит	19	30,2	—	1,6
Всего	63	100	1	

Таблица 2
Продолжительность лечения больных основной и контрольной группы

Форма панкреатита	Число больных в обследованных группах		Средняя продолжительность лечения до купирования острого процесса (в днях)	
	основная	контрольная	основная	контрольная
Острый отечный панкреатит	23	15	3 ± 1	8 ± 2
Острый геморрагический панкреатит	12	7	6 ± 3	18 ± 3
Острый панкреонекроз	9	3	11 ± 3	24 ± 3
Острый холецистопанкреатит	19	17	3 ± 2	9 ± 2
Всего	81	42		

В контрольной группе было 42 человека преимущественно с острым отечным панкреатитом (22), холецистопанкреатитом (17) и острым очаговым панкреонекрозом (3). Вместо гипотермического лаважа сальниковой сумки больные получали антиферментные (80 000 ед. контрикала в сутки) и цитостатические (5-фторурацил в дозе 5 мг на 1 кг массы тела больного) препараты в комплексном консервативном лечении. Сроки лечения больных в основной группе сократились в 1,6 — 2,5 раза по сравнению с больными контрольной группы (табл. 2).

Полученные результаты позволяют рекомендовать более широкое использование лапароскопического гипотермического лаважа сальниковой сумки в комплексном лечении острого панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Р. Х., Величенко И. А., Корженевский Т. В., Кузьмичев А. А. Хирургия, 1980, 7.—2. Кочнев О. С., Евдокимов Н. П. Казанский мед. ж., 1982, 5.—3. Маят В. С., Лаптев В. В. Клин. мед., 1982, 9.—4. Нестеренко Ю. А., Буромская Г. А. и др. Хирургия, 1981, 10.

Поступила 24 февраля 1983 г.

УДК 616.381—089.85—06:616—089.168

ПОКАЗАНИЯ К РЕЛАПАРОТОМИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

*В. Г. Сахаутдинов, В. М. Тимербулатов, А. Н. Резбаев,
И. А. Башинский, А. Г. Хасанов*

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского государственного медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ

Релапаротомия представляет один из сложных разделов абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы обусловлена трудностями определения оптимальных сроков и обоснованных показаний к повторной операции и высокой послеоперационной летальностью — от 29 до 80% [1 — 3].

В настоящем сообщении проанализированы 267 релапаротомий, выполненных в клинике за 11 лет (1972 — 1982 гг.). Повторным оперативным вмешательствам подвергнуто 242 пациента (мужчин было 140, женщин — 102). 205 больным произведено по одной релапаротомии, остальным — по 2 и более.

Таблица 1

Частота релапаротомий в зависимости от вида заболеваний органов брюшной полости

Вид заболеваний	Всего оперировано больных	Оперировано больных повторно		Число релапаротомий
		абс.	%	
Острый аппендицит	8234	92	1,1	102
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	557	37	6,6	40
Желчнокаменная болезнь	876	34	3,9	36
Травмы органов брюшной полости	278	21	7,5	24
Острая кишечная непроходимость	247	20	8,1	25
Ущемленная грыжа	198	10	5,0	11
Острый панкреатит	72	6	8,3	6
Тромбоз мезентериальных сосудов	34	6	17,6	6
Прочие	764	16	2,1	17
Всего	11260	242	2,1	267

Частота релапаротомий представлена в табл. 1. Повторные оперативные вмешательства проводили чаще при тромбозе мезентериальных сосудов, кишечной непроходимости, остром панкреатите и травмах органов брюшной полости. Следует подчер-