

Н. Д. Волошенкова, Д. М. Давыдов, С. В. Циповяз

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Одесский национальный медицинский университет

Острый панкреатит (ОП) представляет собой одну из важнейших проблем экстренной хирургии. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости ОП, который в общей структуре острой абдоминальной патологии стабильно занимает 3-е место после острого аппендицита и острого холецистита, а некоторые авторы уже выдвинули его на второе место после острого аппендицита [1–3; 5]. Увеличивается количество тяжелых деструктивных форм заболевания, сопровождающихся наиболее высокой летальностью [4; 7]. От тяжелых форм острого деструктивного панкреатита (ОДП) — (крупноочагового или тотально-субтотального панкреонекроза — умирает каждый второй больной, у 40–70 % больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [1; 6]. Деструктивный панкреатит как хирургическая проблема не теряет своей актуальности. В настоящее время в стадии токсемии общепризнана консервативная тактика, тогда как лечение инфицированного панкреонекроза остается предметом острой полемики. Результаты лечения этой категории больных по-прежнему неудовлетворительны [1; 3; 4; 8; 9].

Стадийность течения и закономерности развития местных и общих осложнений не всегда учитываются при выборе тактики хирургического и консервативного лечения, а также в целях предупреждения опасных для жизни осложнений.

Целью исследования явились изучение эффективности малоинвазивных техноло-

гий как самостоятельного метода лечения гнойно-септических осложнений (ГСО) панкреонекроза, а также их сочетанное применение с традиционными методами хирургического лечения.

Материалы и методы исследования

Материалом настоящей работы служили результаты проспективного и ретроспективного обследования 69 больных ОДП на стадии ГСО (2–3-я неделя от начала заболевания), которые были разделены на три группы в зависимости от вида хирургического вмешательства:

— группа 1 — 31 больной с гнойными осложнениями панкреонекроза, при лечении которых применялась только лапаротомия, т. е. оперированные «открытым» путем;

— группа 2 — 30 больных с гнойными осложнениями панкреонекроза, у которых наряду с традиционными «открытыми» методами лечения использовали малоинвазивные технологии, а именно чрескожные эхоконтролируемые вмешательства;

— группа 3 — 8 больных с гнойными осложнениями панкреонекроза, при лечении которых применялись только чрескожные пункции и дренирование под УЗИ-контролем.

В этих группах, исходя из критериев прогностической системы балльной оценки J. H. C. Ranson (1976, 1981), выделены по три подгруппы с легким, среднетяжелым и тяжелым ОП.

Всем больным, оперированным по поводу инфицированного панкреонекроза и его

ГСО (всего 61 пациент), выполняли срединную лапаротомию. Из них у 18 (29,5 %) больных первичные вмешательства, проведенные в других лечебных учреждениях, не привели к разрешению ОДП и сопровождались гнойно-септическими и иными осложнениями. Во время операции воспалительный и некротический процессы в области головки и тела поджелудочной железы (ПЖ) были диагностированы у 12 (19,7 %) больных, тела и хвоста — у 42 (68,8 %), тотальное поражение паренхимы ПЖ — у 7 (11,5 %) пациентов. Разлитой гнойный перитонит выявлен у 3 (4,9 %) больных. В этих группах пациентов были использованы варианты «закрытого» и «открытого» методов дренирования.

Учитывая стадийное течение некробиотических процессов при образовании секвестров в некротизированных тканях ПЖ, применение чрескожных эхоконтролируемых вмешательств в предоперационном периоде у больных с ГСО панкреонекроза группы 2 позволило стабилизировать состояние пациентов, что проявлялось значительным улучшением клинико-лабораторных показателей, в конечном итоге, выполнить одномоментную секвестрэктомию с минимальным риском для больного на стадии формирования свободно лежащего секвестра. В результате в группе 2 появились условия для использования «закрытых» методов дренирующих операций при инфицированном панкреонекрозе. В двух наблюдениях неоднократные чрескожные пункции и дренирование под



контролем УЗИ у больных инфицированным панкреонекрозом позволили, на фоне значительного улучшения общего состояния и лабораторных показателей, дожидаться «организованного» панкреонекроза тела и хвоста ПЖ и провести радикальное оперативное лечение — дистальную резекцию ПЖ.

Чрескожные эхоконтролируемые вмешательства применялись также у больных с «открытыми» и «закрытыми» методами дренирующих операций в послеоперационном периоде в случае выявления остаточных гнойных полостей. В послеоперационном периоде у больных с «закрытыми» методами дренирующих операций для определения их эффективности особое значение имел динамический инструментальный контроль (дважды в неделю выполняли УЗИ и один раз в 10 дней — КТ, один раз в 5–6 дней — контрольную фистулографию).

Группу 3 составили 8 больных с локальным гнойным процессом в сальниковой сумке или в забрюшинном пространстве, которым выполнили пункционное дренирование абсцессов сальниковой сумки (3 больных) и забрюшинной флегмоны (5 больных) под контролем УЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты лабораторных исследований свидетельствуют о том, что у всех больных с ГСО ОДП на момент поступления уровень эндогенной интоксикации был значительно выше, чем у больных ОДП на ранних стадиях развития заболевания, что подтверждается существенным ростом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в среднем в 3,4 раза, резким снижением индекса эндогенной интоксикации (ИЭИ) в среднем в 2,2 раза, а также катастрофическим увеличением концент-

рации молекул средней массы (МСМ) в среднем в 2,4 раза и уровня С-реактивного белка крови в среднем в 2,2 раза относительно аналогичных данных у больных ОДП на ранних стадиях заболевания. Исследуемые нами показатели имели тенденцию к увеличению (ЛИИ, МСМ, С-реактивный белок) или к резкому снижению (ИЭИ) у больных с резидуальными гнойниками, при отсутствии адекватного дренирования гнойных полостей, при необходимости перехода от «закрытых» методов дренирования к «открытым» и проведению секвестрэктомии. Своевременность и адекватность оперативных вмешательств была подтверждена лабораторными показателями.

Выполнение повторных санаций «по требованию» у больных с «закрытыми» методами дренирующих операций помогло снизить летальность до 28 % по сравнению с выполнением «программированных» санаций у больных с «открытыми» методами дренирующих операций, где показатель летальности составил 33,3 %. Сочетанное применение малоинвазивных чрескожных вмешательств как с целью подготовки больного к операции, так и в послеоперационном периоде с традиционной хирургической операцией и «закрытым» методом дренирования позволили снизить летальность до 16,7 %.

Среди оперированных больных средний срок пребывания в стационаре при «открытых» методах дренирующих операций составил 68,4 дня, а при «закрытых» методах дренирующих операций — 32,6 дня.

У всех пациентов группы 3 с чрескожными пункциями и дренированием осумкованных гнойных очагов и флегмон забрюшинного пространства лечение было успешным и окончательным. Летальных исходов не было. Также ни в одном

наблюдении больным группы 3 не потребовалось проведения традиционного оперативного вмешательства.

Используя эхоконтролируемые чрескожные вмешательства у больных с ГСО панкреонекроза, мы пришли к следующим выводам.

Выводы

1. При благоприятных клинических и анатомических условиях лечения инфицированного панкреонекроза следует начинать с малоинвазивных вмешательств, которые могут оказаться окончательным методом лечения у больных с локальным гнойным процессом в сальниковой сумке и в забрюшинном пространстве.

2. При преваливании тканевого компонента панкреонекроза или отсутствии адекватности дренирования и эффективности лечения чрескожные пункции под контролем УЗИ используются как этап подготовки больного к последующему «открытому» хирургическому лечению.

3. «Открытая» хирургическая операция у больных инфицированным панкреонекрозом показана при невозможности либо технических ограничениях для выполнения малоинвазивных вмешательств или в случае их клинической неэффективности.

4. Предпочтение следует отдавать одномоментной секвестрэктомии и выполнять ее в поздние сроки от начала заболевания, что дает возможность применять «закрытые» методы дренирующих операций, а повторные санации проводить «по требованию», используя экономные вмешательства с селективным дренированием гнойных очагов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Актуальні питання абдомінальної хірургії : курс лекцій / М. І. Тутченко, В. М. Денісенко, Е. В. Светличний, Ф. І. Панов. — К., 2005. — 241 с.*



2. Галимзянов Ф. В. Диагностика инфицированного панкреонекроза и лечение с применением операций из минидоступа / Ф. В. Галимзянов // *Анналы хирургии*. – 2006. – № 3. – С. 39–42.

3. *Діагностика та лікування гострого панкреатиту* / І. О. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк, В. І. Ляховський [та ін.] // *Хірургія України*. – 2005. – № 3 (15). – С. 149–150.

4. Кижяева Е. С. Системные шкалы в оценке полиорганной недостаточности при остром панкреатите

/ Е. С. Кижяева // *Российский медицинский журнал*. – 2006. – № 4. – С. 49–52.

5. *Гострий панкреатит* / Ф. Г. Кулачек, А. С. Паляниця, О. А. Карлійчук, О. І. Іващук // *Клінічна хірургія*. – 2000. – № 5. – С. 52–54.

6. *Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания* : учеб. пособие / С. Ф. Багненко, Н. В. Рухляда, А. Д. Толстой, В. Р. Гольцов. – СПб., 2002. – 22 с.

7. *Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреа-*

тита : пособие для врачей / М. И. Прудков, А. М. Шулуток, Ф. В. Галимзянов [и др.]. – Екатеринбург, 2001. – 47 с.

8. *Тимошин А. Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии* / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов. – М. : Трианда-Х, 2003. – 215 с.

9. *Mitchell R. M. Pancreatitis* / R. M. Mitchell, M. F. Byrne, J. Baillie // *Lancet*. – 2003. – Vol. 361. – P. 1447–1455.

УДК 618.1-0.02.5-614.2

Р. В. Клічук¹, С. П. Польова

ЧИННИКИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

¹ Чернівецький обласний онкологічний диспансер,
Одеський національний медичний університет

Вступ

У сучасних умовах соціальні чинники ризику захворювання на туберкульоз набувають особливого значення, оскільки охорона здоров'я населення репродуктивного віку, як чинник національної безпеки при негативних демографічних тенденціях населення, є одним з основних напрямків діяльності органів та установ охорони здоров'я [1; 3; 9].

Значної шкоди жінкам репродуктивного віку завдають інфекційні захворювання, серед яких особливе місце відводять туберкульозу. При погіршенні соціально-економічних умов життя населення це захворювання залишається однією з актуальних медико-соціальних проблем [2; 4; 6]. На особливу увагу заслуговує зростання кількості жінок серед хворих на туберкульоз віком 20–40 років.

За останнє десятиліття спостерігається збільшення кількості людей, що визнані інвалідами внаслідок туберкульозу. Рівень інвалідності зріс до 22 випадків на 10 000 насе-

лення, при тому що 30 % інвалідів — це жінки [5; 7; 9]. Серед хворих на вперше виявлений уrogenітальний туберкульоз частка жінок-інвалідів сягає 59,7 %, більшість з яких у репродуктивному віці [7], що потребує розробки і впровадження заходів профілактики туберкульозу у даного контингенту пацієнток.

Мета: провести оцінку соціально-медичних чинників ризику розвитку туберкульозу у жінок репродуктивного віку і розробити заходи та засоби їх профілактики.

Матеріали та методи дослідження

Проведено анкетування та опитування жінок репродуктивного віку, серед яких 110 хворих на туберкульоз легень (основна група) і 70 здорових, яким проводили онкопрофілактичний огляд (контрольна група). Середній вік становив (29,7±3,5) року. Респондентки не відрізнялися за віком, соціальним станом і рівнем освіти. Анкетування проводили методом випадкового відбору хворих з основного контингенту

жінок, що знаходилися на лікуванні у Чернівецькому протитуберкульозному диспансері за інформаційною їх згодою із дотриманням етичних правил та деонтології. Первинну інформацію обробляли за допомогою комп'ютерної програми продукт "Open Office.org.Calc Wista 2008". Використовували варіаційний і кореляційний аналіз і розрахунок величин відносного ризику.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті досліджень визначена частота чинників ризику за показником відносного ризику, серед яких переважали: відсутність флюорографії більше 2 років (основна група — 45,0 % проти контролю — 24,4 %), низький рівень матеріального статку (основна група — 83,5 % проти контролю — 35,2 %), шкідливі умови праці (основна група — 63,7 % проти контролю — 27,4 %), неможливість працювати за спеціальністю (основна група — 84,6 % проти контролю — 23,3 %), супровідна патологія (основна група — 46,2 % про-

