

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*Кондратенко Г.Г., Леонович С.И., Протасевич А.И.,
Василевич А.П., Куделич О.А.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Панкреатит до сих пор является потенциально смертельным заболеванием, имеющим многочисленные осложнения и затрагивающим огромные ресурсы. Рекомендательные стандарты в этой области продолжают разрабатываться.

Цель. На основании собственного опыта и анализа опубликованных данных других авторов сформулировать принципиальные подходы к лечению гнойно-воспалительных осложнений некротизирующего панкреатита.

Материалы и методы. Сообщение основано на 12-летнем опыте диагностики и лечения больных с острым панкреатитом в УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска. Проведен анализ республиканской статистики и разработок в этом направлении отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. Мы не располагаем сегодня реальными данными о динамике заболеваемости тяжелым некротизирующим панкреатитом. Всего по поводу острого панкреатита в стационарах оказывается медицинская помощь 8–10 тысячам пациентов. Число оперируемых пациентов в течение последних лет имеет тенденцию к неуклонному росту. Такая тенденция не обусловлена увеличением оперативной активности, которая на протяжении последних 4-х лет остается стабильной и цифры ее составляют 10,2–11,6%.

В клинике пролечено более 7 тысяч больных панкреатитом, тяжелых форм было 23%, всего выполнено 1013 операций. Удельный вес деструктивных форм острого панкреатита составлял 25–27%. Им страдают преимущественно лица мужского пола, средний возраст которых 42 года. Динамика количества оперированных нами больных имеет тенденцию к росту.

Опираясь на классификацию Атланты, в течении тяжелых некротизирующих панкреатитов выделяем 2 фазы: стерильную и инфицированную. Выделение инфицированного панкреонекроза

обусловлено тем, что инфицирование некротических тканей сопровождается многократным увеличением летальности и числа разнообразных осложнений, существенно удлиняющих сроки лечения и размеры медико-экономических затрат.

Поскольку течение ОП при первичном осмотре в первые часы заболевания не может быть достоверно спрогнозировано, каждый пациент должен быть госпитализирован. Классические шкалы прогноза, такие как Ренсон, радиологическая Бальтазар и интенсивная АРАСН I–II, в первые 48 часов имеют низкое прогностическое значение и только с 3-го дня от начала проявлений болезни они дают адекватное отображение ситуации. Поиск достоверных ранних критериев прогнозирования продолжается.

Существует зависимость инфицирования от масштаба некротических очагов: распространённый панкреонекроз, по нашим данным, почти неминуемо трансформируется в инфицированный. Обычно это происходит на 2–3-й неделе от начала заболевания за счёт транслокации эндогенной микрофлоры из кишечника. Об этом свидетельствует превалирующее число кишечной микрофлоры, которое мы высекали из материала панкреатогенных гнойно-некротических очагов.

Роль антибактериальной профилактики гнойно-воспалительных осложнений некротизирующего панкреатита в последние годы переживает период переоценки. Высокая температура, выраженность воспалительного синдрома и тяжелое общее состояние в первые дни острого панкреатита не требует антибактериального лечения, т.к. является не следствием бактериальной инфекции, а результатом синдрома системного воспалительного ответа. Антибиотики назначаются при некрозе более 30% поджелудочной железы, т.к. инфицирование более мелких очагов панкреонекроза наблюдается редко. В целях профилактики инфицирования показано использование имипинема, цiproфлоксацина и фторхинолонов, хорошо пенетрирующих в поджелудочную железу и создающих тканевые концентрации, которые превышают минимально подавляющие для большинства возбудителей панкреатит-ассоциированной инфекции.

По нашим данным, при крупномасштабном панкреонекрозе полноценная профилактика инфицирования очага деструкции не обеспечивается, однако она способна отдалить сроки проведения некрсеквестрэктомии.

Среди лабораторных средств диагностики до сих пор наиболее убедительно об инфицировании говорит рост лейкоцитоза свыше $15 \times 10^9/\text{л}$ и увеличение уровня С-реактивного белка в крови свыше 200 мг/л.

КТ-исследование даже с контрастным усилением, сделанное ранее 3-х дней от начала заболевания, является бесполезным. КТ без контрастного усиления не имеет никакого смысла и его назначение следует считать ошибкой. Патогномичным КТ-признаком инфицирования некротических тканей является наличие «пузырьков» газа в зоне деструкции.

Мы разделяем позицию других хирургов, что при всех формах инфицированного панкреонекроза показаны хирургические мероприятия. Наличие жидкостных образований при тяжелом панкреонекрозе является показанием для чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств. Наш опыт 44 пункционно-дренирующих вмешательств под УЗИ-контролем свидетельствует об их эффективности при определенных условиях.

Лечение инфицированного панкреонекроза раньше было задачей исключительно открытой хирургии. С введением малоинвазивных и эндоскопических методик в мировой практике произошла внятная диверсификация. Наряду с открытыми вмешательствами, в распоряжении хирургов находятся видеоассистированная ретроперитонеоскопическая некрэктомия (показания – левосторонняя локализация гнойно-септического очага, поражение ближе к хвосту поджелудочной железы) и эндоскопическая трансгастральная некрсеквестрэктомия (показана при локализации гнойно-некротических поражений в зоне головки поджелудочной железы).

«Золотым» стандартом лечения инфицированного панкреонекроза остается традиционное открытое хирургическое вмешательство. Послеоперационная летальность при инфицированном панкреонекрозе за последние два десятилетия существенно снизилась. Оптимальным моментом проведения таких операций сегодня считается промежуток с 3 по 4 неделю. Обоснование этому заключается в следующих факторах: лучшая демаркация некротических и здоровых тканей ПЖ; некротические участки могут быть удалены с меньшим риском кровотечений; некрэктомии сопровождаются меньшей потерей функционирующей ткани ПЖ; меньше вероятность послеоперационной экзо- и эндокринной не-

достаточности.

Для доступа чаще использовали срединную лапаротомию, после широкой оментобурсотомии выполняем некрсеквестрэктомию путем дигитоклазии, чтобы избежать кровотечений. Дополнительное дренирование позадибодочных пространств проводим люмботомическим доступом. Дренажные конструкции размещаем вне зон крупных сосудистых стволов и стенок кишечника.

Околоободочная клетчатка слева была поражена в 75% наблюдений, справа в 9% и двусторонний характер был в 16% случаев. Развитие поздних аррозивных кровотечений в забрюшинном пространстве наблюдали у 10 пациентов. В разные периоды заболевания у 12 больных диагностированы дигестивные свищи, в 3 случаях наружные панкреатические свищи.

Выводы. Основу хирургического лечения гнойно-воспалительных осложнений распространенного панкреонекроза должен составлять принцип дифференцированного подхода к выбору, последовательности и виду оперативных вмешательств.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ЭПИСПАДИИ

Короленко Е.Н., Гордионов Д.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Недержание мочи при эписпадии является одним из актуальных вопросов в современной урологии. Эписпадия встречается у 1:50 000 новорожденных, причем у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек. До 90% всех форм эписпадии составляет тотальная и субтотальная эписпадия, сопровождающиеся недержанием мочи [1]. По данным исследования Kramer и Kelalis (1982 г.) чаще всего недержание мочи встречается у пациентов с тотальной и субтотальной формами эписпадии (у 46 детей из 49 больных – 93,9%), реже – при стволовой (15 пациентов из 21 – 71,4%) и не встречается у пациентов с головчатой формой [2].

Несмотря на большое количество предложенных открытых