

социальным (у человека) поведением, популяций организмов – от мелких групп животных с их борьбой за лидерство до сложных человеческих популяций (в том числе гетерогенных) – разработаны недостаточно. Эти и другие проблемы профилактической токсикометрии ждут своего решения. Исследования популяций, как известно, являются комплексной задачей ученых разных специальностей. Если речь идет о работающих на производстве, в комплексе выступают гигиенисты, химики, токсикологи, патофизиологи.

По существу человек, как таковой (в других случаях – биоценозы), должен был бы явиться основным объектом токсикометрии с определением действующих и недействующих количеств химических соединений. Трудности этой проблемы общеизвестны: комплексное действие производственной и непромышленной сферы, социальные факторы, гетерогенность популяции (разные генотипы, сопутствующие болезни). Только формализация показателей среды и организма с последующим множественным корреляционным или другими видами анализа – путь к решению данной задачи. Следует вместе с тем отметить, что профилактическая токсикометрия неотделима от патогенеза, который дает возможность выбора адекватных методов исследования. Важность последнего нельзя преуменьшить, ибо избирательное действие ксенобиотиков является одной из основ ускоренного определения параметров токсикометрии. Развитие токсикокинетики и токсикодинамики является весьма перспективным направлением исследования, непосредственно связанным с профилактической токсикологией. В этой связи одним из актуальнейших вопросов является тесная связь при изучении воздействия на организм чужеродных соединений, токсикометрических показателей с кинетикой поглощения, распределения, метаболизмом, выведением, механизмом их биологического действия. Комплексное изучение патогенеза интоксикации и токсикометрии будет способствовать оперативному решению вопросов профилактики вредного влияния ксенобиотиков на организм и окружающую среду.

Библиографический список

1. Баренбойм Г.Л., Маленков А.Г. Биологически активные вещества. - М.: Наука, 1986. - С. 356.
2. Каспаров А.А., Саноцкий Л.В. Токсикометрия химических веществ, загрязняющих окружающую среду. - М.: Центр международных проектов, 1986. - С. 426.

ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ И ФАЗЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*В.М. Воронин, А.Б. Горпинич,
А.Д. Мясников, П.М. Назаренко*

На основании опыта лечения 2532 больных, госпитализированных по поводу острого панкреатита в последние 17 лет, нами предложена клинико-патогенетическая схема острого панкреатита (ОП). В.С. Савельевым с соавт. (1983 г.) рекомендовано деление клинического прогрессирующего течения панкреонекроза на три периода (период токсических проявлений, период функциональных изменений паренхиматозных органов и период гнойно-некротических осложнений (ГНО). Но данное деление касается прогрессирующего панкреонекроза и не отвечает характеристике клинического течения abortивных форм, которые составляют до 90%, а иногда и более, поступающих больных с ОП. Клинико-патогенетическая схема ОП разработана нами в стиле В.И. Филина (1991 г.), который предлагает деление гемморагического панкреонекроза на два периода и четыре

фазы. Предложенная нами схема состоит из трех периодов, которые, в свою очередь, включают в себя по две фазы. Воспринимать схему необходимо как единый процесс, который протекает по общебиологическим законам деструкции ткани и может иметь как прогрессирующее, так и регрессирующее течение во всех отдельных периодах и фазах.

Клинико-патогенетическая схема острого панкреатита

I. Период начальных проявлений:

- 1) фаза экссудации и плазморрагии,
- 2) фаза образования зон стеатонекроза и геморрагического ингибирования тканей забрюшинного пространства.

II. Период инфильтрации:

- 1) фаза казеозных некрозов, расплавления и демаркации,
- 2) фаза секвестрации.

III. Период разрешения воспаления:

- 1) фаза образования асептического отграниченного некроза (холодного абсцесса),
- 2) фаза образования кисты или организации рубца.

Период начальных проявлений ОП мы разделяем на две фазы. В зависимости от глубины поражения ткани поджелудочной железы (ПЖ) развитие болезни может иметь тенденцию к регрессии или к переходу в следующий период – период инфильтрации. В отношении регресса должны оговориться сразу, что течение заболевания всегда проходит через все стадии, описанные выше. Только клинические проявления могут быть более или менее выражены в зависимости от глубины, обширности поражения ПЖ и присоединения инфекции.

Первый период протекает в среднем от 1 до 3 суток и характеризуется максимальной консервативной и минимальной хирургической тактикой. При молниеносном течении он может укладываться в несколько часов. Основной задачей в данный период является выведение больного из шокового состояния, дезинтоксикационные мероприятия. До развития видеолапароскопической техники в критических состояниях данным больным производились лапаротомии с целью установления точного диагноза, снижения интоксикации, декомпрессии желчных путей и соответственно тонкого кишечника. В настоящий момент эти вопросы, в большинстве случаев, вполне решаемы при помощи лапароскопии, кроме декомпрессии тонкого кишечника. Таким образом, мы считаем, что в первый период развития острого деструктивного панкреатита (ОДП) методом выбора должна являться диагностическая лапароскопия, которая одновременно может быть лечебной.

Показания для диагностической и лечебной лапароскопии при ОП будут следующие:

- 1) невозможность снятия диагноза, входящего в номенклатуру острой хирургической патологии и требующего экстренного оперативного лечения;
- 2) ферментативный выпот в брюшной полости;
- 3) высокий индекс степени интоксикации;
- 4) высокие показатели ферментемии.

Задачи, ставящиеся перед лапароскопией при ОП:

- 1) ревизия органов брюшной полости и подтверждение установленного диагноза;
- 2) санация и дренирование брюшной полости;
- 3) наложение холецистостомы по показаниям;
- 4) санация и дренирование сальниковой сумки;
- 5) введение лекарственных средств в брюшную полость, забрюшинное пространство, в брыжейку толстой и тонкой кишок;

- 6) установление активной проточно-аспирационной системы брюшной полости и сальниковой сумки по показаниям;
- 7) канюляция круглой связки печени под контролем лапароскопа и другие мероприятия, возможные при лапароскопии.

Показания к наложению холецистостомы при ОП во время лапароскопии:

- 1) напряженный желчный пузырь;
- 2) механическая желтуха;
- 3) деструктивный холецистит, с целью создания оттока при невозможности произвести радикальную операцию из-за тяжести состояния больного.

Лапароскопию при ОДП желательно заканчивать дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. При необходимости можно установить проточно-аспирационное дренирование последних.

Показания к установлению проточно-аспирационной системы брюшной полости и сальниковой сумки:

- 1) наличие выпота в брюшной полости и сальниковой сумке;
- 2) наличие признаков воспаления брюшины (фибрин, мутный выпот);
- 3) высокая степень амилаземии;
- 4) неоперабельность случая ввиду тяжести состояния больного с целью снижения интоксикации и последующей предоперационной подготовкой.

Показание к лапаротомии в начальный период ОДП может быть единственным -- необходимость декомпрессии тонкого кишечника при нарастании функциональной недостаточности последнего и невозможностью разрешить его всеми имеющимися средствами.

Второй период – *период инфильтрации ОДП* – мы также разделяем на две фазы:

- 1) фаза казеозных некрозов, расплавления и демаркации;
- 2) фаза секвестрации.

Заболевание также может иметь два противоположных течения. Первое – постепенное снижение интоксикации и уменьшение инфильтрата. Второе – нарастание ферментемии и образование отграниченных гнойников брюшной полости, формирование кист, что, в свою очередь, трактуется как две самостоятельные фазы третьего периода, называемого периодом разрешения воспаления.

Во втором периоде первой фазы необходимо предпринимать максимально консервативное лечение, даже при явном септическом состоянии. Это необходимо для четкой дифференцировки деструктивной ткани и ткани, сохранившей свою структуру.

Показанием для оперативного лечения в первой фазе второго периода является:

- 1) вновь возникший перитонит;
- 2) продолжающийся перитонит с нарастанием функциональной недостаточности кишечника.

Объем вынужденного оперативного вмешательства должен ограничиться раскрытием клетчаточных пространств, абдоминализацией ПЖ по показаниям, санацией и дренированием брюшной полости, забрюшинного пространства, сальниковой сумки, некрсеквестрэктомией, холецистэктомией и дренированием холедоха по показаниям. Считаем, что радикальные операции в объеме резекции ПЖ и панкреатэктомии в фазу казеозных некрозов, расплавления и демаркации проводить нецелесообразно, так как сочетание полиорганной недостаточности, всегда имеющей место у данной группы больных, с массивной операционной травмой ставит больного на грань непереносимости радикальных вмешательств. Помимо того, удаление всего органа в подобной ситуации не разрешает проблему забрюшинной флегмоны и имеющего место ферментативного перитонита, а иногда уже с присоединившейся инфекцией.

Во вторую фазу – фазу секвестрации – периода инфильтрации, при сохранении септического состояния, считаем необходимым оперативное вмешательство в том же объеме, что мы описали как вынужденное оперативное лечение в первой фазе второго

периода ОДП. Операция, по возможности, должна носить органосохраняющий характер, исключение могут составить случаи, когда вся ПЖ или ее большая часть представлена слепками отторгшихся секвестров, так как пропитывание окружающих тканей ферментами и имеющий место гнойный процесс не оставляют шансов на быстрое улучшение общего состояния и риск разгерметизации анастомозов крайне высок.

Показания к абдоминализации ПЖ:

- 1) наличие обширного инфильтрата забрюшинного пространства, исходящего из ткани ПЖ;
- 2) очаги деструкции в ткани ПЖ и необходимость ревизии как ткани самой железы, так и парапанкреальной клетчатки;
- 3) наличие выраженных легочных осложнений ОДП;
- 4) высокая степень интоксикации за счет ферментемии;
- 5) наличие забрюшинной флегмоны.

Показания к холецистэктомии при ОДП мы делим на дооперационные и операционные.

Дооперационными показаниями считаем:

- 1) механическая желтуха, обусловленная конкрементами (абсолютные показания);
- 2) ЖКБ.

Операционные показания к холецистэктомии при ОДП:

- 1) ферментативный холецистит;
- 2) деструкция стенки желчного пузыря любой этиологии;
- 3) необходимость дренирования холедоха.

Показания к холедохотомии:

абсолютные: 1) холангит;

2) механическая желтуха;

3) холедохолитиаз, обнаруженный по ходу операции;

относительные: 1) гипертензия в желчных протоках, расширение холедоха более 10 мм, необходимость ревизии.

Очевидность хирургического вмешательства на внепеченочных желчных протоках в результате развития эндоскопической техники во многих случаях решается менее травматичными способами. Операцией выбора при патологии со стороны большого дуоденального соска (БДС) и внепеченочных желчных путей, в настоящий момент, можно считать эндоскопическую РХПГ и ЭПСТ.

Показания к ЭПСТ:

1. абсолютные: 1) механическая желтуха и возраст более 50 лет с выраженной сопутствующей патологией;
- 2) ущемленный камень БДС;
- 3) стеноз 2 - 3 стадии;
2. относительные: 1) механическая желтуха, молодой возраст и невыраженная сопутствующая патология;
- 2) холедохолитиаз;
- 3) стеноз сфинктера Одди 1 ст.

При холедохолитиазе у молодых больных, вполне операбельных, возможно воздержаться от ЭПСТ, а подготовить пациента в кратчайший срок и прооперировать, по возможности не разрушая сфинктер Одди. Мы не считаем ОДП противопоказанием для ЭРХПГ и ЭПСТ, а, наоборот, желательными при панкреатите билиарного генеза, осложненного механической желтухой, и особенно при выраженной полиорганной недостаточности.

Показания к дренированию холедоха при ОДП:

- 1) произведенная холедохотомия в условиях острого панкреатита и ферментативного перитонита;
- 2) внутрипротоковая гипертензия и механическая желтуха любой этиологии;

- 3) профилактика внутрипротоковой гипертензии в послеоперационном периоде при нарастании отека головки ПЖ;
- 4) гнойный холангит.

Третий период – *период разрешения воспаления* так же делится на две фазы. Фаза отграничения воспаления, активного его течения, образование абсцессов, нагноение несформированных кист и вторая фаза – переход деструктивной ткани в рубцовую, жировую и формирование кист.

В первую фазу третьего периода, т. е. в фазу асептического отграниченного некроза, имеет смысл проводить операцию по устранению последних, как при помощи малоинвазивных методик, так и различными доступами к гнойнику, включая и лапаротомию.

Показания к дренированию очагов деструкции под контролем УЗИ:

- 1) наиболее оптимальное дренирование в фазе асептического отграниченного некроза;
- 2) наличие отграниченного абсцесса не перекрытого жизненно важными органами.

Во вторую фазу третьего периода возможно безболезненное решение вопроса о радикальных операциях на ПЖ, если актуальность таковой не утеряна до настоящего момента.

Библиографический список

1. *Акжигитов Г.Н.* Внутритканевой электрофорез (реферат) - Черновцы, 1991. - 60 с.
2. *Артемьева И.Н., Подгорняк Н.Ю.* Причины летальных исходов при остром панкреатите // Вести хирургии им. И.И. Грекова. - 1986. - №12. - С. 34-36.
3. *Бежин А.И.* Патогенетическое обоснование операций на поджелудочной железе при ее травмах и панкреатитах, профилактика и лечение послеоперационных осложнений (анатомоэкспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. - Курск, 1995. - 34 с.
4. *Воскресенский В.М.* Острые панкреатиты - М.: Медицина, 1951. - 159 с.
5. *Глускина В.М.* Острый панкреатит - Л.: Медицина, 1972. - 207 с.
6. *Кадошук Ю.Т.* Профилактика и лечение гнойно-некротических осложнений острого панкреатита: Дис. ...канд. мед. наук. - М., 1989. - 198 с.
7. *Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Шаповальянц С.Г.* Современные аспекты лечения деструктивного панкреатита // Хирургия. - 1988. - №10. - С. 16-21.
8. *Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В.* Острый панкреатит. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
9. *Филин В.И.* Хирургическая тактика при остром некротическом геморрагическом панкреатите в разные периоды его развития // Вести хирургии им. И.И. Грекова. - 1991. - №2. - С. 117-122 с.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

***А.Б. Горпинич, А.Б. Симоненков,
А.А. Должиков, И.Л. Привалова,
В.В. Новомлинцев, Н.В. Лулева.***

В настоящее время важнейшей проблемой хирургической гепатологии являются вопросы гемостаза, так как одним из наиболее опасных осложнений при резекции печени является массивное кровоечение, нередко приводящее к летальному исходу [4]. Широкие возможности открыл способ оперирования на обескровленной печени путем пережатия воротной вены и печеночной артерии, который эффективно предотвращает кровотечение. Однако, пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДС) вызывает тяжелые состояния (портальная гипертензия, дестабилизация гемодинамики, гипоксия печени, сердца, головного мозга и др.), которые зачастую