

мальная ваготомия + иссечение язвы + дуоденопластика).

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение. В случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-B необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, а у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология), возможно проведение консервативных мероприятий в условиях

отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

Литература

1. Григорьев С.Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях / С.Г. Григорьев, В.К. Корытцев // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 20 – 22.
2. Жерлов Г.К. Пилорусохраняющие и пилоросохраняющие резекции желудка / Г.К. Жерлов, А.И. Баранов, Н.В. Гибадулин. - М.: МЗ Пресс, 2000. - 144 с.
3. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы / И.Д. Кирпатовский. - М.: Медицина, 1964. - 174 с.
4. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе / Г.Л. Ратнер [и др.] // Хирургия. - 1999. - №6. - С. 23 – 24.
5. Лосев Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв / Р.З. Лосев, Ю.В. Чирков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1996. - № 6. - С. 28 – 31.
6. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Крылов [и др.]. - Л.: Медицина, 1988. - 264 с.
7. Новиков А.И. Повышение эффективности хирургической тактики лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии / А.И. Новиков, А.В. Сердюк, С.А. Тылик // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 4. - С. 64 – 65.

8. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, А.И. Михлев, Е.Д. Федоров // Хирургия. - 2003. - № 3. - С. 43 – 49.

9. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею / Евтихов Р.М. [и др.] // Хирургия. - № 4. - 1999. - С. 22 – 24.

10. Рыбачков В.В. Осложненные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков // Там же. - 2005. - № 3. - С. 27 – 29.

11. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв / В.Н. Горбунов [и др.] // Там же. - 1998. - № 9. - С. 14 – 17.

12. Blockson J.M. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / J.M. Blockson, S. Tokioka, C. Sugawa // Surg. Endosc. - 2004. - V. 18. - P. 186–192.

13. Nikolopoulou V.N. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases / Nikolopoulou V.N. [et al.] // World J Gastroenterol. - 2005. - V.11. - N29. - P. 4570–4573

14. Ohmann Ch. Trends in Peptic Ulcer Bleeding and Surgical Treatment / Ch. Ohmann, M. Imhof, H-D. Ro // World J. Surg. - 2000. - V. 24. - P. 284–293

15. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding / M.H. Schoenberg // Langenbeck's Arch Surg. - 2001. - V. 386. - P. 98–103.

16. Millat B. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials / B., Millat A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg. - 2000. - Vol. 24. - P. 299–306.

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Аммосов

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИЧЕСКИХ РЕЖИМОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического вмешательства у 76 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике в период с 2000 по 2006 г. Установлено, что при исходном применении метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программируемый режим этапных ревизий и санаций брюшной полости и забрюшинного пространства в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования, у больных с различными формами панкреатогенной инфекции возможно достоверно снизить летальность при неизменном уровне послеоперационных осложнений по сравнению с альтернативными методами хирургического лечения панкреонекроза.

The efficiency of different surgical policies was comparatively evaluated in 76 patients with infectious forms of pancreatic necrosis treated at a clinic in 2000 to 2006. The baseline use of a stepwise method of necrotic sequestrectomies, which included a programmed mode of stepwise revisions and sanitations of the retroperitoneal space and abdomen in combination with «open» drainages in patients with various pancreatogenic infections versus routine surgical treatments for pancreatic necrosis.

Введение

Анализ многих литературных дан-

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **АММОСОВ Владимир Гаврильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

ных свидетельствует, что заболеваемость острым панкреатитом остается на прежнем уровне и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения в год [1,5]. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер [6]. С развити-

ем панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [4].

Результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом являются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди при-

чин смерти больных с острым деструктивным панкреатитом составляет 80% [7].

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом (ИФП), принимая во внимание склонность к рецидивному течению гнойно-некротического процесса в брюшной полости (БП) и забрюшинной клетчатке (ЗК), привела нас к необходимости использования стратегии многоэтапных оперативных вмешательств. Вместе с тем по мере накопления опыта возникла необходимость проведения сравнительного анализа традиционных вариантов хирургической тактики при ИФП.

Материал и методы

Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 76 больных с ИФП, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и РБ №2 – Центра экстренной медицинской помощи за период с 2000 по 2006 г. Проведена общая характеристика клинического материала больных с острым деструктивным панкреатитом. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Диагноз панкреонекроза и его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики: микробиологического и цитологического исследования перитонеального экссудата, интраоперационного и патологоанатомического исследований операционного материала, ультразвукового сканирования БП и ЗК, видеолапароскопию, чрезкожные диагностические пункции жидкостных образований ЗК и БП под контролем ультразвукографии с последующим микробиологическим исследованием пунктата. По показаниям назначались компьютерная (КТ) или магнитнорезонансная томографии (МРТ). Для оценки тяжести общего состояния больного использовали интегральные системы шкалы (Ranson, APACHE II).

Всем больным, оперированным по поводу ИФП, выполняли срединную лапаротомию. После ревизии органов брюшной полости, осмотра париетальной и висцеральной брюшины, большого сальника оценивали состояние ЗК, брыжейки тонкой и поперечноободочной кишок, параободочной забрюшинной клетчатки справа и слева, определяли объем и характер

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужской	Женский	Итого, абс. число (%)
15-25	5	1	6 (7,9)
26-35	19	4	23 (30,3)
36-45	23	7	30 (39,5)
46-55	9	3	12 (15,8)
56-70	2	1	3 (3,9)
70 и старше	1	1	2 (2,6)
Всего	59 (77,6)	17 (22,4)	76 (100)

экссудата. Затем путем рассечения желудочно-ободочной связки вскрывали полость сальниковой сумки. На основании критериев, предложенных В.С. Савельевым и соавт. (2003), выделяли следующие клинко-морфологические формы панкреатогенной инфекции: инфицированный панкреонекроз (ИП), панкреатогенный абсцесс (ПА), инфицированный панкреонекроз в сочетании с панкреатогенным абсцессом (ИП+ПА) и инфицированная псевдокиста (ИПК). После мобилизации поджелудочной железы по верхнему и нижнему краю выполняли мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В зависимости от пути распространения гнойно-некротического процесса производили мобилизацию селезеночного или печеночного изгибов ободочной кишки. Далее выполняли абдоминализацию поджелудочной железы, производили некрсеквестрэктомию. Операция завершалась различными вариантами дренирования БП и ЗК.

Опыт применения различных режимов хирургических вмешательств и методов дренирующих операций позволил нам изучить их особенности, преимущества и недостатки. Так, при анализе нашей работы мы установили, что применение трубчатых дренажных конструкций при закрытом дренировании в условиях продолжающейся секвестрации ПЖ и/или ЗК в большинстве случаев обречено на неудачу вследствие постоянной их обтурации детритом. Использование режима этапных и программируемых санаций позволило повысить эффективность дренирования БП и ЗК, что достигалось путем выполнения некрсеквестрэктомии, замены нефункционирующих дренажей или изменением их расположения в зависимости от динамики распространения некротического процесса.

Все оперированные больные с различными клинко-морфологическими формами панкреатогенной инфекции разделены на две группы в зависимости от тактического режима оперативных вмешательств.

В первой группе 27 (35,5%) больных оперированы в режиме «по требованию», то есть все последующие оперативные вмешательства выполняли в связи с неэффективностью комплексного лечения в послеоперационном периоде либо в случае развития внутрибрюшных осложнений.

Вторую группу составили 49 (64,5%) больных, у которых все операции проводили в режиме «по программе», включающем этапные ревизии и санации БП и ЗК.

Результаты и обсуждение

Все оперативные вмешательства в зависимости от объема разделены на 2 группы: резекционные – произведены 7 (9,2%) больным, и органосохраняющие – 69 (90,8%) больным.

При анализе структуры клинко-морфологических форм панкреатогенной инфекции отмечено, что тактический режим «по требованию» наиболее часто применяли при ПА. Такая тактика, по-видимому, объясняется традиционными представлениями о показаниях к «закрытому» или «полуоткрытому» дренированию БП и ЗК при отграниченных гнойных процессах. Установлено, что при ИП+ПА чаще возникала необходимость смены оперативного режима «по требованию» на режим «по программе». При использовании программируемого режима оперативной тактики основной клинко-морфологической формой является распространенный ИН. Программные санации производились нами в 49 (64,5%) случаях (табл.2). При этом отказ от запрограммированных повторных вмешательств составил 5 (6,6%) случаев. Отказ был обусловлен двумя причинами: улучшением состояния больного, позволившем отказаться от программного вмешательства, или летальным исходом вследствие осложнения основного заболевания или декомпенсации органов и систем на фоне сопутствующей патологии.

Показаниями к применению метода многократной санации БП и ЗК при ИФП, по нашему мнению, служит: 1)

Таблица 1

Таблица 2

**Характеристика хирургического пособия
при различных режимах оперативного вмешательства, абс. число (%)**

Методы дренирующих операций	Режим оперативной тактики	
	«по требованию»	«по программе»
«Открытые»	-	49 (64,6)
«Полуоткрытые»	18 (23,7)	-
«Закрытые»	2 (2,7)	-

Таблица 3

**Характеристика внутрибрюшных послеоперационных осложнений
при различных режимах оперативной тактики, абс. число (%)**

Осложнение	1-я группа (n=27)	2-я группа (n=49)
	Режим оперативной тактики	
	«по требованию»	«по программе»
Обширное нагноение лапаротомной раны	2 (7,5)	8 (16,3)
Эвентрация	2 (7,5)	4 (8,2)
Аррозивное кровотечение	3 (11,1)	7 (14,3)
Панкреатический свищ	1 (3,7)	2 (4,1)
Желудочно-кишечный свищ	2 (7,5)	4 (8,2)

наличие зловонного гнойного экссудата; 2) формирующиеся или уже имеющиеся межкишечные абсцессы; 3) множественные прочно фиксированные к брюшине фибриновые наложения и неудаляемые одномоментно зоны некроза ткани поджелудочной железы и забрюшинного пространства; 4) эвентрация при тотальном нагноении лапаротомной раны; 5) симптомы нарастающего эндотоксикоза или наличие инфекционно-токсического шока; 6) нарастающая полиорганная недостаточность; 7) повторные операции по поводу осложнений течения инфицированного панкреонекроза со стороны органов брюшной полости, а также неуверенность в полном устранении источника перитонита и адекватной санации брюшной полости.

Следует особо отметить, что основу тактики программированных вмешательств составляет «открытый» метод дренирования БП и ЗК, предполагающий дренирование всех гнойно-некротических очагов резиново-марлевыми композициями в комбинации с трубчатыми дренажными системами, с сохранением поджелудочной железы и ЗК открытыми. Нам представляется, что в этих условиях возврат к неудовлетворяющей некоторых хирургов резиново-марлевой тампонаде является обоснованным, поскольку обеспечивает свободный доступ ко всем некротическим зонам на каждой этапной операции. К сожалению, дренажные трубки не могут выполнить этой функции.

При сравнении общего количества операций в анализируемых группах больных в различных оперативных

режимах отмечено некоторое увеличение хирургических вмешательств во второй группе – 49 (64,5%). Среди методов дренирующих операций в группе «по требованию» преобладали «закрытые» – 19 (70,3%) и «полуоткрытые» – 8 (26,7%) варианты дренирования БП и ЗК. Важно отметить, что в этой группе больных в послеоперационном периоде сформированные каналы являлись достаточно узкими и извитыми. Дренажные конструкции функционировали не всегда адекватно вследствие частой обтурации секвестрами и детритом, что явилось причиной неэффективности дренирования. В связи с возникшими осложнениями в данной группе потребовалось достоверное увеличение количества операций, выполненных «по требованию».

Несмотря на преимущества в устранении некротических и септических очагов различной локализации при использовании режима этапных санаций, этот метод имеет существенные недостатки: высокий операционный процент травм и аррозивных кровотечений, образование панкреатических и дигестивных свищей, заживление ран вторичным натяжением и образование вентральных грыж, длительная госпитализация и множественные наркозы [2].

Анализируя эти недостатки, мы изучили структуру внутрибрюшных осложнений в зависимости от режимов оперативной тактики у больных с ИФП (табл.3).

Несанированный гнойно-некротический очаг в ЗК и БП, потребовавший повторных хирургических вмешательств при применении тактического

режима «по требованию», выявлен у 9 (33,3%) больных в этой группе. В то же время при применении режима «по программе» установлено, что неадекватная санация очага гнойной деструкции имела у 5 (10,2%) пациентов. Использование метода этапных санаций «по программе» привело к повторным, незапланированным операциям лишь у 3 (6,1%) пациентов в связи с формированием некротической флегмоны малого таза, либо недренированного панкреатогенного абсцесса.

Обширное нагноение лапаротомной раны диагностировано при первом режиме у 2 (7,4%) больных, во второй группе количество этих осложнений выявлено у 8 (16,3%). В связи с этим закономерна высокая частота эвентрации у 4 (8,2%) больных при изменении оперативной тактики во второй группе.

Минимальный уровень эвентрации отмечен в группе больных с «закрытым» методом дренирования БП и ЗК, а наибольший – при «открытом». Использование метода этапных хирургических вмешательств «по требованию» сопровождалось развитием эвентрации лишь у 2 (7,5%) пациентов.

Одной из причин, приводящих нередко к летальному исходу у больных панкреонекрозом в стадии гнойно-некротических осложнений, является аррозивное кровотечение [3,4]. Вместе с тем при использовании режима программируемых операций аррозивные кровотечения выявлены у 7 (14,2%) больных. Однако применение метода «открытого» дренирования БП и ЗК позволяло в кратчайший срок диагностировать это грозное осложнение, обеспечить адекватный доступ к источнику кровотечения и своевременно его ликвидировать. Ни в одном наблюдении у больных третьей группы данное осложнение не явилось причиной смерти.

Многочисленные хирургические манипуляции в ходе этапных санаций сопровождаются травмой окружающих органов и тканей, дифференцировать которые на стадии гранулирующей раны представляется довольно трудной задачей. В свою очередь, излишняя травматичность этих операций является причиной формирования панкреатических и желудочно-кишечных свищей [7]. Только у 2 (4,1%) пациентов в группе программированных вмешательств сформировался панкреатический свищ, что было выявлено достоверно чаще, чем в первой

(1-3,7%) группе больных. Дигестивные свищи, также как и панкреатические, наиболее часто встречались при использовании режима этапных санаций у 4 (8,2%) больных (1 желудочный, 2 тонкокишечных, 1 толстокишечный). Минимальная частота данного осложнения установлена в группе больных, оперированных «по требованию». Однако при объединении показателей частоты развития послеоперационных осложнений первого и второго режимов достоверных различий не выявлено.

Таким образом, результаты исследований позволяют прийти к выводу, что применение метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программный режим этапных ревизий и санаций забрюшинного пространства и брюшной полости в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования

у больных с инфицированным панкреонекрозом, позволяет установить отчетливую тенденцию в улучшении результатов оперативного лечения при неизменном уровне послеоперационных и системных осложнений.

Литература

1. **Дренирование** брюшной полости и салниковой сумки при деструктивных формах панкреатита с распространенным перитонитом / С.Н. Хунафин [и др.] // Актуальные проблемы современной хирургии: тезисы докл. Международного хирургического конгресса. 22-25 февраля 2003. – М., 2003. – С. 266.
2. **Кукош М.В.** Инфицированный панкреонекроз, выбор объема операции / М.В. Кукош, Н.В. Емельянов, Г.И. Гомозов // Девятый Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. – Волгоград, 2000. – С. 71.
3. **Обоснование** выбора способа операции у больных с острым некротическим панкреатитом / О.Е. Бобров [и др.] // Актуальные пробле-

мы современной хирургии: тезисы докл. Международного хирургического конгресса, 22-25 февраля 2003. – М., 2003. – С. 270.

4. **Роль** чрескожных пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем при доброкачественных хирургических заболеваниях поджелудочной железы / А.В. Гаврилин [и др.] // Тез. материалов Российско-Германского симпозиума «Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков». – М., 2000. – С. 37.

5. **Савельев В.С.** Эволюция стерильного панкреонекроза при различных режимах антибактериальной профилактики и терапии / В.С. Савельев [и др.] // Consilium-medicum. – 2002. – Прил. №1. – С. 26-28.

6. **Ярема И.В.** Видеолaparоскопические вмешательства при лечении панкреонекроза / И.В. Ярема, Н.Н. Сильманович, В.П. Шевченко // Девятый Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. – Волгоград, 2000. – С. 136.

7. **Rau B.** Early operative management of acute pancreatitis / B. Rau, W. Uhl, M.W. Buchler // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 155-161.

Т.Н. Жарникова, П.М. Иванов, В.Г. Игнатьев, Т.С. Дягилева ДИНАМИКА И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЯКУТИИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ

Цель исследования. Изучить динамику, выяснить популяционную и временную закономерности заболеваемости КРР у различных групп населения Якутии, составить их прогноз.

Материал и методы. Проанализирован статистический материал, содержащий 27,3 тыс. случаев заболевания злокачественными новообразованиями. Из них в 2098 (7,7%) случаях был выявлен рак колоректальной локализации, в том числе у 1202 (57,3%) больных – ободочной и у 896 (42,7%) – прямой кишки. Представление об уровнях заболеваемости данной локализации в республике получено с помощью интенсивных и стандартизованных показателей (СП). За стандарт принято повозрастное распределение населения 24 стран мира в расчете на 100 тыс. (мировой стандарт).

Результаты исследования. Заболеванию раком ободочной кишки подвержены лица обоего пола в возрасте старше 40 лет. У городского населения СП заболеваемости раком ободочной кишки составил $11,3 \pm 1,1$ и раком прямой кишки – $8,5 \pm 0,9/_{0000}$. У сельского населения соответственно – $8,0 \pm 0,9$ и $5,8 \pm 0,7/_{0000}$. К 2010 г. прогнозируемые уровни заболеваемости раком ободочной кишки составят у коренных жителей 9,1, у пришлого населения – $15,5/_{0000}$, раком прямой кишки – 9,3 и $14,3/_{0000}$ соответственно.

Закключение. Колоректальный рак в структуре онкологической заболеваемости населения в условиях Крайнего Севера имеет высокие показатели с тенденцией к дальнейшему росту и сохраняет возрастную, этническую и территориальную обусловленность. Данная патология наиболее часто встречается у лиц некоренной национальности, проживающих в городах, и в возрастной категории преимущественно старше 50 лет.

Ключевые слова: новообразования, колоректальный рак, динамика, прогноз.

The purpose of research. To study dynamics and to find out the populational and time laws of colorectal morbidity in various groups of the population of Yakutia and to make their prognosis.

Material and methods. The statistical material, containing 27,3 thousand cases of malignant neoplasms is analysed. In 2098 (7,7 %) cases there was revealed a cancer of the colorectal localization, including cancer of colon in 1202 (57,3 %) patients and cancer of rectum in 896 (42,7 %). Concept of the given localization morbidity in republic is received by means of the intensive and standardized parameters (SP). Age distribution of the population of 24 countries of the world reckoning 100 thousand (world standard) was taken for the standard.

Results of research. Persons of the both gender in the age elder 40 are exposed to colon cancer. SP of colon cancer morbidity in the urban population has made $11,3 \pm 1,1$, cancer of rectum - $8,5 \pm 0,9/_{0000}$. In the agricultural population accordingly - $8,0 \pm 0,9$ and $5,8 \pm 0,7$. To 2010 colon cancer will make predicted levels of morbidity in the indigenous population 9,1, in the non-indigenous population - $15,5/_{0000}$, cancer of rectum - 9,3 and $14,3/_{0000}$ accordingly.

ЖАРНИКОВА Татьяна Николаевна – хирург-онколог ЯРОД, м.н.с., ЯНЦ СО РАМН;
ИВАНОВ Петр Михайлович – д.м.н., проф. ЯГУ, зав. лаб. ЯНЦ СО РАМН; **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ДЯГИЛЕВА Татьяна Семеновна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

The conclusion. Colorectal cancer in structure of oncological morbidity of the population in conditions of the Far North has high parameters with the tendency to the further growth and keeps age, ethnic and territorial conditionality. The given pathology more often inherent in the persons of not indigenous nationality living in cities and, mainly, in the age category elder 50 years.

Keywords: neoplasms, colorectal cancer, dynamics, prognosis.