

введение антибиотиков. Выполнялось лазерное облучение и лапароскопическая санация брюшной полости. 6. Возмещение энергетических затрат обеспечивалось парентеральным и энтеральным зондовым питанием (а.с. № 1378771) с применением питательной смеси, витаминотерапия (С, В6, В12) до 1000 г в сутки. Результаты: проведенная комплексная терапия у 1267 больных с ОДП в ранней фазе заболевания оказалась эффективной.

Выводы. 1. Выполненная комплексная консервативная терапия и профилактика инфицирования ОДП обеспечили выздоровление 62,6 % больных.

2. У 681 больного с ОДП, осложнившимся гнойно-некротическим процессом, были выполнены хирургические вмешательства с летальностью 7,6 %.

Контрольно-динамическая лапароскопия стерильного панкреонекроза

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: определить показания и оценить диагностические возможности контрольно-динамической лапароскопии у пациентов со стерильным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ с 2008 по 2012 год у 50 больных выполнена контрольно-динамическая лапароскопия (КДЛ) с разнообразными острыми хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями органов брюшной полости. Из них у 25 (50 %) пациентов КДЛ осуществлена при наличии прогрессирующего течения стерильного панкреонекроза. Мужчин было 18 (72 %), женщин — 7 (28 %). Возраст больных — от 23 до 86 лет с преобладанием пациентов в возрасте от 51 до 80 лет — 16 (64 %). Методика КДЛ заключалась в наложении пневмоперитонеума по одному из дренажей, установленных во время лапароскопии. Трояк для лапароскопа вводили в точку, отступив не менее 5–6 см от места предыдущего введения. Показанием к исследованию у 20 (80 %) пациентов было прогрессирующее течение стерильного панкреонекроза и его осложнений, у 3 (12 %) — перитонит неясной этиологии и у 2 (8 %) заподозрено острое нарушение мезентериального кровообращения. В течение первых суток КДЛ проведена у 16 (64 %) больных, вторых суток — у 3 (12 %), третьих-четвертых суток — у 6 (24 %).

Результаты. В процессе КДЛ абортивный панкреонекроз диагностирован у 8 (32 %) пациентов, из которых динамическая кишечная непроходимость имела место у 6 (24 %) и асептический серозный перитонит — у 2 (8 %). Выполнена блокада круглой связки печени (патент № 28854 А).

Геморрагический панкреонекроз подтвержден у 4 (16 %) больных и впервые диагностирован у 7 (28 %), что свидетельствовало о прогрессировании абортивного панкреонекроза, обнаруженного после лапароскопии. Осуществлена блокада круглой связки печени, аспирация перитонеального экссудата с помощью полового манипулятора собственной конструкции, дренирование сальниковой сумки, подпеченочного и поддиафрагмальных пространств, полости малого таза у 10 (40 %) пациентов. Показания к неотложной лапаротомии установлены у 1 (4 %) больного с острой перфоративной язвой передней стенки желудка.

Смешанный панкреонекроз подтвержден у 1 (4 %) пациента и впервые диагностирован у 5 (20 %). Эта форма панкреонекроза имела наиболее тяжелое течение — с динамической кишечной непроходимостью. После аспирации перитонеального экссудата канюлирована круглая связка печени для пролонгированной ее блокады и блокада брыжейки кишечника.

Выводы. 1. Показанием к контрольно-динамической лапароскопии является прогрессирующее тяжелое течение стерильного панкреонекроза с наличием осложнений (перитонит, панкреатогенный инфильтрат, нарастающая динамическая кишечная непроходимость), подозрение на иные острые хирургические заболевания абдоминальных органов, перитонит неясной этиологии.

2. Наиболее часто контрольно-динамическую лапароскопию выполняли в течение первых суток, у 16 (64 %) больных.

3. Контрольно-динамическая лапароскопия позволила оптимизировать лечебную тактику (интенсификация консервативной терапии или неотложная операция) и исключить напрасные лапаротомии.

Перманентная лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином в лечении больных со стерильным панкреонекрозом

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов со стерильным панкреонекрозом путем использования перманентной лапароскопической блокады круглой связки печени с тиотриазолином.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ изучены результаты лечения 34 пациентов со стерильным панкреонекрозом, которым наряду с консервативной терапией, согласно протоколу, применили перманентную лапароскопическую блокаду круглой связки печени с тиотриазолином.



Мужчин было 18 (52,9 %), женщин — 16 (47,1 %), возраст — от 21 до 82 лет. Сопутствующие заболевания имели место у 24 (70,6 %) больных. После всестороннего обследования и неэффективной консервативной терапии выполнена лапароскопия аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling при использовании манипулятора собственной конструкции. В конце диагностического этапа аспирировали перитонеальный экссудат, дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и малый таз. Наряду с этим у 9 (26,5 %) пациентов выполнена лапароскопическая холецистостомия. Всем больным под контролем лапароскопии катетеризована круглая связка печени, после чего по катетеру шприцем струйно вводили лекарственные препараты по разработанной прописи. Вначале ввели 400 мл 0,25% раствора новокаина, через 3 минуты — 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина. Спустя 5 минут последовательно вводили 5 мл фторурацила, 2 мл но-шпы, 20 000 ед. контрикала, 2 г канамицина (патент Украины № 28854 А). В последующие 3–4 суток ежедневно вводили, вышеописанные лекарственные препараты по катетеру в круглую связку печени.

Результаты. Болевой синдром у 25 (73,5 %) пациентов купирован в конце блокады, у 9 (26,5 %) — значительно уменьшился и ликвидирован в течение 1–2 суток. Клинические симптомы регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Прекратилось отделяемое по дренажам из брюшной полости спустя 1–2 суток. Диастаза экссудата из брюшной полости уменьшилась с 512 до 12 г/ч, амилаза крови — с 176 до 32 г/ч, диастаза мочи — с 4096 до 64 ед. с нормализацией к 4–5-м суткам. Достаточно быстро пришли к норме основные показатели крови (Hb, Er, L, лейкоцитарная формула и др.). Быстро нормализовались биохимические показатели крови — на 3-и — 5-е сутки. Ультразвуковой мониторинг выявил регресс заболевания. Однако, несмотря на проведенную консервативную терапию, у 3 (8,8 %) больных прогрессировал тотальный стерильный панкреонекроз с образованием крупных секвестров, инфицированием и развитием флегмоны забрюшинного пространства, что потребовало выполнения лапаротомии.

Выводы. Перманентная лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином у пациентов со стерильным панкреонекрозом оказалась эффективной малотравматичной технологией и позволила у 91,2 % больных придать патологическому процессу abortивное течение, что дает возможность рекомендовать ее к внедрению в клиническую практику. Отсутствие эффекта у 8,8 % пациентов связано с развитием инфицированного тотального панкреонекроза, крупных секвестров и забрюшинной флегмоны.

Хирургическое лечение деструктивного панкреатита

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита в хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющегося базой клиники общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ.

Материалы и методы. В течение 10 лет на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. В процессе лечения неотложная лапаротомия выполнена у 56 (6,8 %) больных. Отечная форма панкреатита выявлена у 13 (23,2 %) пациентов.

Деструктивный панкреатит (ДП) диагностирован у 43 (76,8 %) больных. Мужчин было 27 (62,8 %), женщин — 16 (37,2 %), возраст — 15–85 лет. Множественные сопутствующие заболевания имели место у 42 (97,7 %) пациентов. Частота заболевших ДП за последние 5 лет увеличилась и составила 53,5 %. В диагностике ДП, наряду с клиническим обследованием, оценивали лабораторно-биохимические показатели, рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, КТ, лапароскопию.

Результаты. Во время лапаротомии у 27 (62,8 %) больных диагностирована инфильтративно-некротическая форма ДП и у 16 (37,2 %) — гнойно-некротическая форма.

При инфильтративно-некротической форме ДП произведена парапанкреатическая блокада, трубчатое дренирование сальниковой сумки. В случаях желчнокаменной болезни, деструктивных, ферментативных форм или хронического калькулезного холецистита выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду. Гнойно-некротические формы ДП требовали более агрессивного хирургического объема вмешательства. После вскрытия и санирования абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, некрсеквестрэктомии осуществляли марсупиализацию сальниковой сумки. Парапанкреатические абсцессы после санации также широко вскрывали и дренировали. Забрюшинные флегмоны вскрывали и дренировали согласно разработанным в клинике доступам. При перитоните санировали брюшную полость и малый таз, дренировали, выполняли назоинтестинальную интубацию тонкого кишечника.

Релапаротомия потребовалась у 4 (9,3 %) больных. Из косого мини-доступа в правом подреберье вскрыто ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве у 1 (25 %) пациента и абсцессы поддиафрагмального и подпеченочного пространств — у 1 (25 %). После мини-доступа в левом подреберье вскрыт абсцесс левого поддиафрагмального пространства, дополненный панкреатсеквестрэктомией у 1 (25 %) больного. Срединная лапаротомия со вскрытием значительного по объему ограниченного жидкостного скопления в левом поддиафрагмальном пространстве и мезогастрии выполнена еще у 1 (25 %) пациента. Умерли 2