

58±18,5 лет, более половины из них были лица трудоспособного возраста.

2. Основной причиной острого некротизирующего панкреатита стала ЖКБ.

3. Отмечается уменьшение смертности от панкреонекроза в 2016 г. (5 чел.) по сравнению с 2014 и 2015 гг. (9 и 11 чел., соответственно), что говорит о правильной тактике проводимого лечения.

4. Для снижения летальности от панкреонекроза необходимы ранняя госпитализация, интенсивная терапия в условиях реанимации с применением эффективных методов экстракорпоральной детоксикации, своевременное и по показаниям выполнение оперативных вмешательств (в т. ч. малоинвазивных).

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Климович И. И.¹, Колоцей В. Н.¹, Страпко В. П.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно», г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. В течение длительного времени острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается одним из проблемных заболеваний в неотложной хирургии живота. На сегодняшний день летальность при ОДП имеет тенденцию к снижению, однако остается высокой во всем мире. Эффективность многих современных методов консервативного и оперативного лечения, по данным литературы, оценивается неоднозначно. Среди пациентов, перенесших ОДП, более чем у 50% наступает стойкая или частичная утрата трудоспособности, что придает проблеме социально-экономическую значимость. Изучение результатов хирургического и консервативного лечения, особенно в отдаленном периоде, позволяет судить о преимуществе того или

иного метода и вида лечения. При этом часто не учитывается, что для пациента имеет большее значение не положительная динамика симптомов болезни и лабораторных показателей, а улучшение самочувствия и приобретение душевного комфорта, то есть улучшение качества жизни.

Цель: изучение отдалённых результатов и качества жизни пациентов, леченых по поводу ОДП.

Материал и методы. За период с 2010 по 2017 гг. в клинике на базе хирургического отделения БСМП г. Гродно обследованы и пролечены 76 пациентов с ОДП в возрасте от 36 до 83 лет (средний возраст 43,6 года). Различия в комплексном лечении групп пациентов ОДП выявляли по следующим параметрам основных лечебных направлений. Антибактериальная терапия: определяли вариант препарата первой и второй очереди от начала лечения, сроки назначения антибиотикотерапии от начала заболевания и лечения, общую длительность применения метода. Антисекреторная терапия и антиферментная терапия: определяли факт ее проведения, давность их назначения от начала заболевания и лечения, длительность применения метода. Ранняя нутритивная поддержка на фоне септических осложнений и длительность применения метода. Дренирование жидкостных парапанкреатических образований под контролем УЗИ. Лапароскопия и лапаротомии по поводу гнойных осложнений. Лабораторные данные. Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности.

Результаты и обсуждение. Из 76 пациентов, поступивших с ОДП, оперированы в связи с развившимися клиническими признаками перитонита 29 (38,2%), которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупиализацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерли 7 (24,1%) пациентов. У 17 (22,4%) пациентов был ОДП с ферментативным перитонитом, им проводилась диагностическая лапароскопия, которая

оканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. Остальные пациенты 24 (38,1%), поступившие в стационар через 2-5 часов после начала заболевания, получали консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии с проведением форсированного диуреза или экстракорпоральной детоксикации, а также с целью профилактики вторичной инфекции применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Умерли 2 (4,2%) пациента 79 и 83 лет, у которых имелись сопутствующая сердечно-легочная патология и некомпенсированный сахарный диабет 2 типа. Среди оперированных широким лапаротомным доступом, в отдаленном периоде (3-8 лет) у 4 (13,8%) имелись кисты поджелудочной железы, у 2 (6,9%) – свищи, у 3 (10,3%) послеоперационные грыжи брюшной стенки. У 15 (51,7%) была снижена трудоспособность. Из 17 пациентов с ОДП и ферментативным перитонитом, которым проводилась диагностическая лапароскопия, которая оканчивалась санацией и дренированием брюшной полости с проведением консервативной терапии, в отдаленном периоде у большинства сохранялась трудоспособность и только у 3 (17,6%) пациентов имелись мелкие (до 3 см в диаметре) кисты в поджелудочной железе. Остальные 16 (66,6%), ответившие на вопросы анкеты (опросник), из 24 пациентов, получавшие консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии, экстракорпоральной детоксикации, антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, профилактикой ДВС синдрома сохраняли трудоспособность и жалоб не предъявляли, хотя многие 11 (68,7%) из них не соблюдали диету.

Выводы:

1. Пациенты, оперированные с использованием малоинвазивных технологий по поводу ОДП (панкреонекроза), в отдаленном периоде в большинстве случаев сохраняют трудоспособность.

2. Среди оперированных широким лапаротомным доступом в отдаленном периоде у большинства отмечено формирование

исходов панкреонекроза (кисты, свищи) и последствий оперативного лечения (послеоперационные грыжи).

3. Достижению хороших отдаленных результатов и высокого уровня качества жизни пациентов после хирургического лечения исходов панкреонекроза способствует строгий и индивидуальный подход к выбору характера и объема оперативного вмешательства.

4. Малоинвазивные хирургические вмешательства применимы для ликвидации узкого спектра исходов панкреонекроза, а именно при изолированных кистозных образованиях, локализованных в теле и хвосте поджелудочной железы.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНЫМ ПРОЦЕССОМ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Клюйко Д. А.¹, Корик В. Е.¹, Жидков А. С.¹

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
военно-медицинский факультет, кафедра военно-полевой хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Существенно возросло за последнее время количество оперативных вмешательств на органах брюшной полости, повлекшее за собой лавинообразное увеличение встречаемости послеоперационной спаечной болезни. Как известно, болевая форма спаечной болезни вне острой кишечной непроходимости традиционно не изучается специалистами хирургического профиля, а потому и не учитывается хирургами в должной мере. Длительно и безрезультатно такие пациенты лечатся у гастроэнтерологов и терапевтов, при этом качество их жизни существенно снижается. Хирурги при этом придерживаются выжидательной тактики, считая, что пациенты с болевым синдромом без признаков кишечной непроходимости подлежат только консервативному лечению. В повторной операции нуждаются более чем 70% пациентов, оперированных