

обезболивания использовались ненаркотические анальгетики. Пациенты после эндовидеохирургического метода лечения к концу 1-х суток были активны, самостоятельно поднимались с постели. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 6,7 койко-дня.

Осложнение возникло у 1 пациента – кровотечение из острой язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, которое было остановлено эндоскопически.

#### **Выводы:**

1. Выбор метода ушивания перфоративной дуоденальной язвы в настоящее время следует определять, учитывая сроки заболевания, данные фиброгастродуоденоскопии, техническую оснащенность хирургического стационара, эндохирургическую подготовку специалиста.

2. Малоинвазивный метод лечения позволяет значительно уменьшить болевую реакцию в раннем послеоперационном периоде, сократить сроки лечения в хирургическом стационаре и ускорить послеоперационную реабилитацию пациентов

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Кульвинский А. С., Майоров В. М., Крот С. Я., Марочкин С. А.

Гомельская областная специализированная клиническая больница,  
г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение.** Первые сообщения об успешном пункционном лечении кист поджелудочной железы на фоне острого панкреатита появились на страницах английской печати в 1976 г. Общая летальность при остром панкреатите колеблется от 2 до 5% и определяется удельным весом пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), который и является основной причиной летальных исходов. По данным ряда авторов, течение ОДП осложняется формированием кист (острых жидкостных скоплений) разного размера примерно у 50% пациентов.

Успешный исход лечения кистозных поражений поджелудочной железы зависит в первую очередь от выбора оптимального метода хирургического вмешательства. До недавнего времени доминирующим способом лечения был традиционный хирургический, предполагавший лапаротомию и наружное дренирование кисты. Высокая травматичность этих операций, значительный риск интра- и послеоперационных осложнений, развитие послеоперационных грыж заставляют прибегать к поиску малотравматичных, но в то же время эффективных методов лечения постнекротических кист.

Инвазивные вмешательства под контролем УЗИ сводятся к выполнению двух основных манипуляций:

1. Пункция объемного или жидкостного образования:  
а) диагностическая (получение цитологического, гистологического, бактериологического материала, введение рентгеноконтрастных веществ); б) лечебная (аспирация патологических или физиологических жидкостей, введение лекарственных веществ).

2. Дренирование патологических и физиологических полостей.

Материал и методы. За последние 3 года в нашей клинике были пролечены 44 пациента с несформировавшимися постнекротическими кистами поджелудочной железы, развившимися на фоне острого деструктивного панкреатита. Диагноз верифицировали на основании клинических и лабораторных данных, данных ультразвукового исследования и компьютерной томографии. Лечение пациентов было комплексным и включало многокомпонентную терапию острого панкреатита. У 32 были выполнены пункции кист, у 12 пациентов – дренирование панкреатических кист под УЗ-контролем.

Всем пациентам проводили цитологическое и бактериологическое исследование аспирированной из полости кисты жидкости и определение уровня амилазы в ней. В полость кисты устанавливалась дренажная трубка, через которую в послеоперационном периоде проводилась санация растворами антисептиков. Полости санировались 3 раза в сутки 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата, в конце процедуры в

полость кисты вводилось 10 мл раствора диоксидина с часовой экспозицией. При бактериоскопическом исследовании содержимого кист в 26 случаях визуализации микрофлоры получено не было, в 18 исследованиях (40,9%) была получена кокковая флора. В дальнейшем на фоне антибактериальной терапии и санации полостей диоксидином при бактериоскопии флора не выявлялась. Критериями для удаления дренажа считаем скудное (менее 10 мл) серозное отделяемое на протяжении последних трех суток с обязательным ультразвуковым контролем.

Пункционно-дренирующий способ под контролем УЗ был применен нами в комплексном лечении 32 пациентов. УЗ-исследование в обязательном порядке выполняли при поступлении пациента, и в дальнейшем неоднократно по показаниям. Показанием для проведения пункции жидкостного парапанкреатического коллектора считаем диаметр образования, превышающий 5 см. Пункцию образований меньшего диаметра считаем нецелесообразной, поскольку они подвергаются самостоятельной резорбции под влиянием комплексной терапии острого панкреатита, что было неоднократно установлено нами при динамическом ультразвуковом мониторинге в динамике заболевания. Осложнений технического характера, связанных с повреждением близлежащих органов, потребовавших экстренной лапаротомии, не наблюдали.

**Выводы:**

1. Пункционно-дренирующий способ в комплексном лечении жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнений является на сегодняшний день методом выбора.
2. Данный метод позволяет снизить и ликвидировать количество инфекционных осложнений острого панкреатита.
3. Метод хорошо переносится пациентами и является альтернативой как «открытым» полостным, так и лапароскопическим операциям.