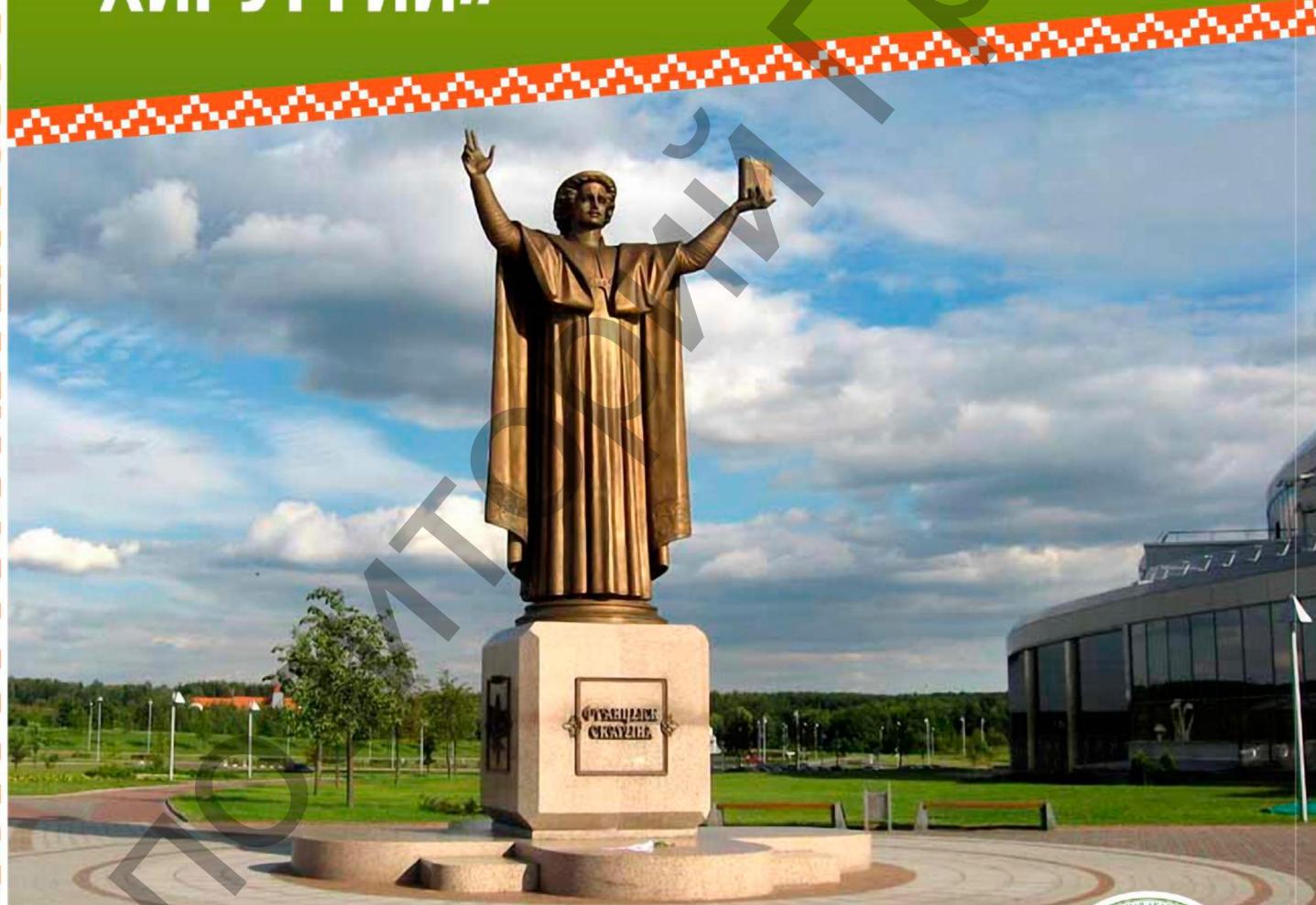


XXIII

Международный Конгресс
Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ



«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»



14-16
СЕНТЯБРЯ
2016 ГОДА
г. МИНСК

МАТЕРИАЛЫ
КОНГРЕССА



*Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальная академия наук Беларусь
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
Белорусская ассоциация хирургов
Белорусский Государственный медицинский университет
Белорусская Медицинская академия последипломного образования
РНПЦ трансплантации органов и тканей
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**ХХIII Международный Конгресс Ассоциации
гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»
*14 – 16 сентября 2016 года***

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

г. Минск

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ТРАДИЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Довнар И.С., Гарелик П.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Проблема лечения деструктивного панкреатита обусловлена возрастанием количества больных и высокой летальностью в связи с развитием панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности и выраженных гнойно-некротических осложнений.

Цель исследования: проанализировать результаты современных малоинвазивных и традиционных оперативных вмешательств у больных с панкронекрозом.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии за 5 лет находилось на лечении 89 больных с деструктивным панкреатитом в возрасте от 22 до 90 лет. Причинами развития панкреонекроза были: злоупотребление алкоголем - у 49 (55,1%) пациентов, желчнокаменная болезнь - у 30 (33,7%), заболевание связывали с алиментарным фактором – 8 (9,0%) больных, причина панкреатита не установлена - у 2 (2,2%) пациентов.

Результаты. Хирургическое лечение больных включало использование лапароскопических и пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ. Лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости выполнена у 52 человек с ферментативным перитонитом; операция дополнена холецистостомией 19 больным с желчной гипертензией; сальниковую сумку дренировали 5 пациентам. При прогрессировании процесса, возникновении гнойных осложнений проводилась лапаротомия. Послеоперационная летальность после лапароскопических операций составила 9,6%.

Острые жидкостные внутрибрюшинные и забрюшинные скопления, несформировавшиеся ранние псевдокисты, абсцессы служили показанием к пункционно-дренирующим вмешательствам под контролем УЗИ, которые были выполнены 31 больному. Санационно-диагностическая пункция осуществлена у 15 и пункция в сочетании с дренированием – у 16 пациентов. В большинстве случаев из полости аспирировали серозно-геморрагический экссудат с высокой концентрацией амилазы. В парапанкреатическое пространство или в полость псевдокисты вводили раствор антибиотиков. Однократные пункции не всегда обеспечивали необходимый лечебный эффект. Повторные пункции выполнили 9 больным. При наличии серозно-геморрагического содержимого вопрос о дренировании решался индивидуально. Гнойное содержимое являлось обязательным показанием для дренирования. Метод оказался неэффективным у 5 больных, оперированы открытым методом.

Только компонентом комплексной интенсивной терапии панкреонекроза являются малоинвазивные вмешательства. Из 89 больных панкреонекрозом они применены у 78 (87,6%). В 21,5 % случаев данные операции не привели к полному выздоровлению больных, что потребовало применения открытых операций. Эффективность функционно-дренирующего метода выше при четко сформированной жидкостной полости, чем при тканевом пропитывании жидкостью с множественными очагами. При лапаротомии вскрывалась сальниковая сумка, некрэктомия и дренирование забрюшинного пространства. Люмботомия выполнена у 6 больных. Из 17 больных оперированных лапаротомно у 6 (35,3%) купировать процесс не удалось, возникли арозивные кровотечения, деструкция органов с летальным исходом. Из 86 оперированных умерло 12 (14%) больных. Послеоперационная летальность при панкреонекрозе в клинике до применения малоинвазивных операций в среднем составляла 30%.

Выводы. Активное применение патогенетически обоснованных методов лечения панкреонекроза, в том числе и малоинвазивных технологий, направленных на купирование синдрома эндогенной интоксикации и предотвращение развития гнойно-септических осложнений, позволяет снизить число открытых операций и уменьшить послеоперационную летальность.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Завада Н.В., Пищуленок А.Г., Ладутько И.М., Фелькина Е.А., Орлова И.Ю.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

УЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Гнойно-септические осложнения развиваются у 5-9% всех пациентов с острым (ОП) и у 40-70% острым некротизирующим панкреатитом (ОНП). Вторичное инфицирование некротизированных тканей в настоящее время является наиболее важным фактором, определяющим риск летального исхода ОП. Проведенные нами исследования (Завада Н.В., Булгак С.А., 2010) показали, что, наряду с бактериальной транслокацией из просвета кишечника, в механизме возникновения гнойно-септических осложнений ОП важное значение имеет госпитальная флора ОРИТ. Развитие инфекционных осложнений у пациентов с ОНП зависит также и от объема гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе и длительности заболевания. Редкими и тяжелыми осложнениями ОНП, сопровождающимися высокой летальностью, являются прорыв панкретогенного абсцесса в двенадцатiperстную кишку и некроз стенки аорты с развитием арозивного кровотечения и забрюшинной