

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

**Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической
конференции**

11 декабря 2009 года



Минск БГМУ 2009

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической конференции

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады



Минск БГМУ 2009

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

А 43

Актуальные вопросы экстренной хирургии : сб. науч. тр. Республ. науч.-
А 43 практ. конф. / под ред. С. И. Третьяка, Н. В. Завады. – Минск : БГМУ, 2009. –
132 с.

ISBN 978-985-528-067-6.

Содержит статьи по актуальным вопросам экстренной хирургии в Республики Беларусь.
Предназначен для врачей-хирургов, реаниматологов, научных сотрудников, преподавателей,
аспирантов, студентов.

УДК 617-036.11-089.87 (082)

ББК 54.54 я 73

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

**Сборник научных трудов
Республиканской научно-практической конференции**

11 декабря 2009 года

Под редакцией профессора С. И. Третьяка, профессора Н. В. Завады

Подписано в печать 30.11.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 7,67. Уч.-изд. л. 7,57. Тираж 210 экз. Заказ 682.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-067-6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

Исходя из проведенного патологоанатомического анализа 82 умерших больных установлено, что геморрагический панкреонекроз был диагностирован у 32 (39 %) больных, жировой — у 12 (14,6 %) больных, смешанный — у 30 (36,6 %) больных, гнойный — у 8 (9,8 %) больных. Геморрагический: из 30 взятых больных мелкоочаговый панкреонекроз был выявлен в 1 (3,3 %) случае, крупноочаговый — в 4 (17,4 %) случаях из 23 больных, субтотальный — в 13 (86,7 %) случаях из 15 больных, тотальный — 14 (93,3 %) случаях из 15 больных. Жировой: мелкоочаговый панкреонекроз был выявлен в 1 (20 %) случае из 5 больных, крупноочаговый — в 10 (58,8 %) случаях из 17 больных, субтотальный — 1 случай (100 %) выявленный у одного умершего больного. Смешанный: мелкоочаговый панкреонекроз не был выявлен, крупноочаговый — в 15 (65,2 %) случаях из 23 больных, субтотальный — в 9 (75 %) случаях из 12 больных, тотальный — в 6 (100 %) случаях из 6 умерших больных. Гнойный: мелкоочаговый панкреонекроз не был выявлен, крупноочаговый определялся в 3 (60 %) случаях из 5 больных, субтотальный — в 3 (100 %) случаях из 3 умерших больных и тотальный — в 2 (100 %) случаях из 2 умерших больных.

Основной контингент живых больных составили больные с геморрагическим мелкоочаговым 29 (вероятность смертности составляет 3,3 %) и крупноочаговым 19 (вероятность смертности составляет 17,4 %) панкреонекрозом. Больные с жировым крупноочаговым панкреонекрозом составили 7 человек (вероятность смертности составляет 58,8 %), смешанным крупноочаговым панкреонекрозом — 8 человек (вероятность смертности составляет 65,2%). При жировом субтотальном, смешанном тотальном, гнойном субтотальном и тотальном панкреонекрозе неблагоприятный исход заболевания составил 100 %.

3011
*Ушкевич А. Л., Жандаров К. Н., Савицкая Т. И.,
Русин И. В., Пыжневский И. В.*

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

В последние годы отмечается стойкий рост заболеваний поджелудочной железой, в первую очередь панкреатита, разнообразных и часто тяжелых его осложнений, таких как гнойно-некротический панкреатит, абсцесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки и др.

Цель: разработать эффективный способ санации деструктивных процессов в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке при парапанкреатите.

У больных под общим обезболиванием во время оперативного вмешательства, производили санацию и дренирование гнойно-деструктивных

очагов в парапанкреатической клетчатке. В послеоперационном периоде больные получали общепринятое лечение деструктивного панкреатита. Дополнительно производили облучение гнойно-некротической полости низкоинтенсивным лазерным излучением: после перевязки, промывание дренажей и гнойно-некротической полости растворами антисептиков, во все дренажи вводили гибкий световод, освободив его от иглы, предназначенный для внутривенного лазерного облучения крови. После введения световода в дренаж световод подключали к аппарату лазерному терапевтическому «Айболит-КН5» (длинной волны излучения 0,63 мкм, в инфракрасной области спектра, мощность на выходе световода составляет 5 мВт). Облучали полость 10 минут. Извлекали световод из дренажа, отсоединяли от лазерного аппарата, к дренажу прикреплялся пакет для сбора и контроля количества и характера отделяемого из гнойно-некротической полости. Данную процедуру повторяли со всеми дренажами. Облучение гнойно-некротических полостей проводилось ежедневно, раз в сутки в течение 7 дней. После 3 сеансов НИЛИ отмечалось уменьшение гнойного отделяемого из дренажей. Дренаж удалялись после отсутствия отделяемого. Бактериологические посевы, которые брались после проведения курса НИЛИ — роста микрофлоры не обнаружили.

Применяя НИЛИ, пролечено 14 больных с острым деструктивным панкреатитом. Результаты лечения хорошие и удовлетворительные. Отдаленный период наблюдения составил от года до полутора лет. Один больной повторно госпитализирован с хроническим панкреатитом, получал консервативное лечение.

Таким образом, при применении НИЛИ действительно повышается эффективность лечения острого деструктивного панкреатита и парапанкреатита за счет ускорения очищения от гнойно-некротических масс благодаря бактерицидному действию НИЛИ, стимуляции регенеративных процессов, улучшения микроциркуляции, минимизации оперативного доступа, что значительно улучшает результаты хирургического лечения гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита.

Тарасенко А. В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДВУХЭТАПНОГО ПОДХОДА ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Развитие вторичного иммунодефицита при остром деструктивном панкреатите имеет сложный генез и является основным пусковым механизмом в развитии гнойно-септических осложнений и неблагоприятном исходе заболевания. Показаниями к иммунокорректирующей терапии явля-