

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.-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 Республике 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

Лечение методами малоинвазивной хирургии было проведено у 80 больных. Лапароскопия с дренированием брюшной полости выполнена у 69 больных, из них у 11 пациентов дополнительно дренирована сальниковая сумка в связи с оментобурситом. Одновременно у 32 больных в связи с признаками желчной гипертензии выполнена холецистостомия.

У 31 пациента произведена пункция и дренирование сальниковой сумки, забрюшинных жидкостных скоплений, псевдокист или абсцессов под контролем УЗИ.

Открытые операции выполнялись при невозможности применения, неэффективности, осложнениях миниинвазивных операций, а также при неограниченном гнойно-некротическом панкреонекрозе. Гнойно-септические осложнения — флегмона забрюшинного пространства, параколит, оментобурсит, плеврит, абсцессы различной локализации развились у 41 пациента. Первично открытые операции выполнены 24 больных с гнойными осложнениями.

Несмотря на продолжающуюся массивную антибактериальную, дезинтоксикационную и посингидромную терапию в послеоперационном периоде летальный исход наступил у 19 (46,3 %) пациентов с гнойными осложнениями панкреонекроза.

За рассматриваемый период всего оперирован 121 больной. После операции умерло 19 пациентов (15,7 %).

Внедрение в клинику патогенетически обоснованных методов лечения панкреонекроза, в том числе и малоинвазивных технологий, позволяет значительно снизить число оперативных вмешательств при панкреонекрозе, отдав предпочтение малоинвазивным технологиям, и снизить послеоперационную летальность.

Гарелик П. В., Дубровицк О. И., Довнар И. С., Цилиндзь И. Т.,
Кояло С. И., Филипович А. В.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Выбор метода оперативного лечения больных с острым некротическим панкреатитом остается актуальной проблемой, что обусловлено возрастающей частотой острого панкреатита, ростом удельного веса его деструктивных форм, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики, неоднозначными, разноречивыми подходами к тактике лечения различных хирургических школ, а также очень высокой послеоперационной летальностью.

В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно с 2000 по сентябрь 2009 гг. находилось на лечении 196 больных

с острым панкреонекрозом. Больные были в возрасте от 17 и до 95 лет, мужчин — 130 (66,3 %), женщин — 66 (33,7 %).

Проанализированы результаты лечения больных острым панкреонекрозом у которых были применены малоинвазивные методы хирургического вмешательства: лапароскопия, пункции и функционное дренирование под ультрасонографическим контролем.

Показаниями к малоинвазивным методам лечения являлись: панкреатогенный перитонит (72); ферментативный холецистит (5); механическая желтуха (16), в ранние стадии заболевания (первые 6–7 суток). При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их пункцию и/или дренирование под ультрасонографическим контролем. Такие малоинвазивные вмешательства выполнены у 40 пациентов. При этом в 30 случаях эвакуировано мутно-бурое содержимое, а у 10 — гнойное.

При не локализованных гнойных очагах предпочтение отдаем лапаротомным вмешательствам.

Применение диагностических и лечебных малоинвазивных методов у больных острым панкреонекрозом позволяет уменьшить процент оперативной активности, избегать широких лапаротомий при панкреатогенном перитоните и стерильном панкреонекрозе. В то же время использование активной лечебно-диагностической тактики при панкреонекрозе в сочетании с малоинвазивными методами позволяет значительно уменьшить токсемию и осложнения, связанные с ней, такие как развитие полиорганной недостаточности и поздние постнекротические осложнения.

Считаем, что для улучшения результатов хирургического лечения больных острым панкреонекрозом, в настоящее время следует применять по показаниям все современные хирургические технологии, которые могут быть применены изолировано и в сочетании не конкурируя, дополняя методики. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения панкреонекроза с применением на ранних стадиях малоинвазивных технологий способствуют улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности. Так, за последние 5 лет летальность общая составила 24,6 %, послеоперационная — 35,8 %.

Гарелик П. В., Пакульневич Ю. Ф., Колешко С. В.,
Могилевец Э. В., Шевчук Д. А.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА

Лечение острого панкреатита (ОП) в настоящее время является одной из сложных проблем экстренной хирургии. Несмотря на многолетнюю

историю изучения данной патологии, диагностика ОП является сложной задачей, а результаты лечения не всегда успешны. Увеличение количества осложненных форм заболевания, риск возникновения карциномы поджелудочной железы и сахарного диабета, высокая частота встречаемости у лиц молодого, трудоспособного возраста определяют как медицинский, так и социальный характер данной проблемы. Все это обуславливает интерес к разностороннему изучению данного заболевания в целях усовершенствования методов диагностики и оптимизации тактики лечения.

Среди многочисленных теорий патогенеза панкреатита в последнее время все большее внимание придают сосудистой. Нарушение гемомикроциркуляции в поджелудочной железе обусловливает тканевую гипоксию и активацию находящихся внутри клеток ферментов с последующим выходом их во внеклеточное пространство. При этом возникает ОП вплоть до геморрагического панкреонекроза.

Исследования последних десятилетий выявили определенную связь между высоким уровнем гомоцистеина в плазме крови и увеличением риска нарушения артериального и венозного кровообращения.

Целью исследования было определение содержания гомоцистеина в плазме крови у больных острым отечным, некротизирующим и хроническим панкреатитами для оптимизации патогенетически обоснованного лечения.

Исследования проведены у 36 больных, все пациенты — мужчины в возрасте от 25 до 50 лет по 12 человек в каждой исследуемой группе. Причиной развития панкреатита у них явилось употребление алкоголя. Забор крови осуществлялся при поступлении в стационар, на третий и пятые сутки стационарного лечения.

Контрольную группу составили 12 практически здоровых людей, не имеющих вредных привычек. Содержание гомоцистеина в плазме у них составляло от 4,89 до 9,98 (в среднем 8,04) мкмоль/л.

Уровень гомоцистеина в плазме крови у больных острым отечным панкреатитом составил $14,99 \pm 1,38$ мкмоль/л и незначительно снижался к 3-м и 5-м суткам на фоне проводимого стандартного лечения. При остром некротизирующем панкреатите наблюдалось увеличение содержания гомоцистеина с $13,93 \pm 2,69$ мкмоль/л в первые сутки до $17,66 \pm 3,57$ мкмоль/л к третьим суткам лечения и к пятому дню было отмечено снижение до $14,74 \pm 3,86$ мкмоль/л. Аналогично отмечалось гипергомоцистинемия и у больных хроническим рецидивирующем панкреатитом при поступлении с постепенным снижением к 5-м суткам лечения.

Таким образом, гипергомоцистинемия, отмечаемая у всех больных с различными формами панкреатита алкогольной этиологии, может являться одним из главных факторов риска в развитии данного заболевания, однако требует дальнейшего изучения и разработки методов по её снижению.

Жандаров К. Н., Белюк К. С., Кухта А. В., Кулага А. В.,
Безмен И. А., Михович Т. И.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

В связи с анатомической общностью выводных протоков печени и поджелудочной железы (ПЖ) наблюдается рост сочетанных заболеваний, а именно хронического панкреатита с внутрипротоковой гипертензией, осложненного механической желтухой. В связи с этим возникает необходимость разработки более эффективных способов лечения сочетанной патологии.

Цель исследования: показать возможность осуществления одновременного внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ и желчевыводящих путей при хроническом рецидивирующем панкреатите с протоковой гипертензией и структурой интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП) с механической желтухой.

Под общим обезболиванием в положении больного на спине с подложенным под спину валиком в области X–XI ребер выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После пункции производят продольную вирсунготомию длинной до 6–12 см с обязательным вскрытием панкреатического протока в головке поджелудочной железы. Затем производят холецистэктомию. Через культуру пузырного протока или холедохотомическое отверстие выполняют ревизию желчевыводящих протоков посредством зондирования, интраоперационной холангиографии или фиброголедоскопии для установления уровня начала стеноза интрапанкреатической части ОЖП. Вводят металлический зонд через культуру пузырного протока или холедохотомическое отверстие в престенотической части ОЖП и выполняют с помощью диатермокоагулятора клиновидное иссечение ткани головки поджелудочной железы до стенки общего желчного протока, в который введен металлический зонд. На этом металлическом зонде проводят вскрытие ОЖП с продлением разреза вверх до 1,0–1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладывают швы для герметизации наложенного холедохопанкреатического анастомоза от забрюшинной клетчатки. Через культуру пузырного протока вводят дренаж (типа Холстеда–Пиковского) и выводят через сформированный холедохопанкреатический анастомоз во вскрытый панкреатический проток, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет панкреатического протока. Фиксируют дренаж наложенной кетгутовой лигатурой на культуру пузырного протока. Таким образом, дренируется желчевыводящая система и система панкреатического протока