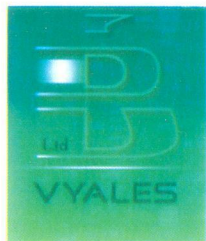


**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**“СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЛЕЧЕНИИ РАН
И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ”**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**19-20 марта 2010 г.
г. Гомель, Республика Беларусь**



GEDEON RICHTER LTD.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАН И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ



Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
Гомельского государственного медицинского университета
(Гомель, 19–20 марта 2010 года)

Гомель
ГГМУ
2010

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь по следующим разделам: радиационная медицина, радиобиология, кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, общественное здоровье, здравоохранение, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: А. Н. Лызиков — доктор медицинских наук, профессор, ректор; В. П. Ситников — доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе; В. И. Николаев — кандидат медицинских наук, доцент; Ц. И. Пикирня — кандидат медицинских наук, доцент; О. Н. Почепень — кандидат медицинских наук, доцент; Л. Н. Рубанов, Е. А. Цветков

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Гарелик П. В., Довнар И. С., Пакульевич Ю. Ф.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

3160

Высокая частота гнойных осложнений панкреонекроза и связанных с ними показатель «поздней» летальности до настоящего времени является одним из наиболее трудно решаемых вопросов в абдоминальной хирургии. За десятилетний период (2000–2009 гг.) в клинике находилось на лечении 203 больных панкреонекрозом. Среди них преобладали мужчины в возрасте до 55 лет (72 %). У 43 (21,2 %) пациентов на фоне интенсивной консервативной терапии, проводимой в реанимационном отделении, развились гнойно-септические осложнения панкреонекроза. Осумкованные очаги (нагноившиеся кисты, абсцессы) выявлены в 67,3 % случаев, распространенные (флегмона забрюшинной клетчатки) — в 33,7 %. Двухсторонние поражения клетчаточных пространств, отмечены в 6 % наблюдений.

При гнойных осложнениях панкреонекроза показано хирургическое вмешательство, направленное на санацию, в первую очередь, пораженной забрюшинной клетчатки и некресквестрэктомией умертвивших тканей поджелудочной железы. По нашему мнению, не следует стремиться к радикальной резекции измененной части поджелудочной железы из-за высокой вероятности возникновения серьезных осложнений. Более безопасна в этих условиях многоэтапная некресквестрэктомия, которая может выполняться как традиционными, так и миниинвазивными методами. Необходимо отметить, что неудовлетворенность результатами лечения с помощью традиционных операций заставила нас разработать и внедрить в практику метод пункционно-дренажного лечения гнойных очагов под контролем ультразвука. Малоинвазивные вмешательства легко выполняемы, малотравматичны и эффективны при обостренном показании. Значительно сокращаются потери белков, электролитов и других компонентов плазмы при отсутствии обширных раневых поверхностей, что, в свою очередь, позволяет уменьшить объем инфузионной терапии. При неэффективности данных методов дренирования при гнойном панкреонекрозе проводится стандартное оперативное лечение.

Все пациенты с гнойными осложнениями были оперированы. Были выполнены аспирационные санации и (или) дренирование под ультразвуковым контролем 21 больному. Стремилась дренировать очаговые гнойные образования наиболее коротким доступом через желудочно-ободочную, желудочно-селезеночную связки или малый сальник. Более редко дренажи проводили чреспеченочно и трансломбально. В 4 случаях осуществлено дренирование через стенки желудка с последующим зондовым интестинальным питанием больного и аспирацией желудочного содержимого. 5 больных после дренирования под контролем УЗИ в последующем были оперированы открытым методом из-за наличия секвестров больших размеров, а также неэффективности лечения пункционным способом. Изначально были оперированы открытым методом 23 больных с гнойными осложнениями.

Операции заключались в лапаротомии и люмботомии с выполнением некресквестрэктомии, вскрытия флегмон забрюшинного пространства, наложении оментобурсостомы с контрапертурой в левой поясничной области. В послеоперационном периоде проводились перевязки под наркозом через 1–3 дня с поэтапной некресктомией до полного очищения очага деструкции. У наиболее тяжелых пациентов (с распространенным процессом) формировали лапаростому.

Несмотря на продолжающуюся массивную антибактериальную, дезинтоксикационную и посиндромную терапию в послеоперационном периоде летальный исход наступил у 19 (44,2 %) пациентов.

Наличие гнойных осложнений панкреонекроза является показанием к хирургическому вмешательству. Современное оснащение позволяет осуществлять малоинвазивные вмешательства, которые в ряде случаев купируют гнойное воспаление без нанесения обширных раневых дефектов.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Гарелик П. В., Могилевец Э. В., Довнар И. С., Шевчук Д. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница № 4»

г. Гродно, Республика Беларусь

3161

Одним из факторов, ухудшающих результаты лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) по данным ряда авторов являются гнойно-воспалительные осложнения (нагноения послеоперационных ран, развитие подпеченочных и межкишечных абсцессов, желчных перитонитов). Среди причин, способствующих их возникновению, обсуждаются технические аспекты оперативного вмешательства, нарушения в функционировании системного и местного иммунитета.

С целью изучения возможности прогнозирования развития гнойно-воспалительных осложнений после ЛХЭ проводилось изучение взаимосвязи частоты их развития с показателями системы иммунитета в периферической венозной крови, а также в отделяемом, полученном по дренажу из подпеченочного пространства после ЛХЭ.

У пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) определяли экспрессию антигенов кластеров дифференцировки (CD) лимфоцитов в тестах с моноклональными антителами, содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), уровни иммуноглобулинов, фагоцитарную активность нейтрофилов. При определении прогнозных показателей выбор порогового значения проводили на основании построения и анализа характеристической кривой (ROC-curve).

У пациентов с ЖКБ до операции процентное содержание CD3 и CD4-лимфоцитов, значение коэффициента CD4/CD8 и фагоцитарного числа было статистически значимо снижено, выявлено повышенное содержание CD95-лимфоцитов по сравнению со значениями в контрольной группе. После ЛХЭ как на 1-е так и на 3-6-е сутки происходило снижение процентного содержания CD3 и CD4-лимфоцитов, иммунорегуляторного индекса (ИРИ), оставалось повышенным содержание лимфоцитов с рецептором к апоптозу, в еще большей степени снижалось фагоцитарное число. Выявлено статистически значимое повышение содержания ЦИК как до, так и после оперативного вмешательства. В то же время уровни иммуноглобулинов до и после ЛХЭ не отличались от нормальных значений. Не было выявлено статистически значимых корреляций между значениями показателей иммунограммы крови и частотой развития гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационных ран.

В отделяемом, полученном по дренажу из подпеченочного пространства наблюдалось повышенное содержание CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺, CD25⁺, CD95⁺-лимфоцитов, сниженными были значения иммунорегуляторного индекса, фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса. При этом выявлены корреляции возникновения гнойно-воспалительных осложнений со стороны послеоперационных ран с количеством лейкоцитов в раневом отделяемом из подпеченочного пространства, абсолютным количеством нейтрофилов, значением ИРИ, уровнем ЦИК.

С помощью построения характеристической кривой (ROC-curve) выявлены значения показателей, при которых развитие гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных ран имеет высокую вероятность.

Проведенное исследование доказывает целесообразность изучения показателей иммунитета в зоне оперативного вмешательства с целью прогнозирования развития гнойно-воспалительных осложнений после ЛХЭ.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПОВ СИСТЕМНОЙ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА НА МЕСТНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

3162

Смотрин С. М., Островский А. А., Кузнецов А. Г., Наумов И. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Основными причинами, определяющими характер течения раневого процесса, являются микробное загрязнение раны и состояние местной и общей резистентности организма. Эти факторы не только тесно взаимосвязаны, но и объединены общими патогенетическими механизмами. Общая реакция организма на рану как локальный патологический процесс, обусловленный повреждением, местно реализуется через лейкоцитарно-макрофагальную систему (первую фазу раневого процесса). Именно через лейкоцитарно-макрофагальную систему в послеоперационном периоде осуществляется интравульнарный фагоцитоз, происходит очищение раны и активируется иммуноцитогенез.

Для выяснения типов системной реакции организма на местное повреждение обследовано 60 добровольцев в возрасте 18–22 лет по разработанной и рекомендованной Министерством здравоохранения Республики Беларусь для практического применения методике (инструкция по применению, рег. № 141–9812).

Изучение эмиграции лейкоцитов в полость КВП позволило установить, что у людей динамические процессы накопления лейкоцитов в пузырной жидкости происходят в течение всего срока наблюдения. Клеточный состав пузырной жидкости слагался из лейкоцитов и эритроцитов. Начиная с 6 часов от начала воздействия неполного вакуума, в клеточной суспензии пузырной жидкости наблюдалась численная преобладание лейкоцитов над эритроцитами. Было установлено отсутствие достоверного влияния времени взятия пузырной жидкости на количество содержащихся в ней эритроцитов, что, скорее всего, связано с тем, что эритроциты попадали в полость пузыря только во время его образования вместе с тканевой жидкостью. После воздействия вакуумной травмы и образования кожно-вакуумных пузырей концентрация лейкоцитов в пузырной жидкости резко возрастала в течение первых часов наблюдения, достигая максимума на 12 часов. Затем число лейкоцитов в единице объема свободной жидкости несколько уменьшалось. Начиная с трех часов от момента воздействия неполного вакуума, в пузырной жидкости наблюдалось непрерывное уменьшение относительного содержания нейтрофильных лейкоцитов, тогда как концентрация макрофагов в лейкосуспензии непрерывно возрастала. Перекрест между количеством указанных клеточных форм наблюдался между 24 и 48 часами экспозиции. Содержание эозинофилов в пузырной жидкости несколько увеличивалось лишь к 48 часам от начала воздействия отрицательного давления. Характерным образом в пузырной жидкости изменялось содержание лимфоцитов, оставаясь практически постоянным вплоть до 24 часов, еще через сутки оно увеличивалось в среднем в 2,5 раза. Проведенный корреляционный анализ позволяет утверждать об устойчивости характера возникающей в ответ на воздействие неполного вакуума посттравматической воспалительной реакции.