

желчевыводящих путей имел место в 30 случаях. Кроме того, у 8 пациентов выявлены стриктуры ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, у остальных больных причинами желчной гипертензии были более редкие патологические изменения билиарной системы. Оперативному вмешательству на высоте атаки острого билиарного панкреатита подвергся 51 больной, при этом у 37 из них наряду с холецистэктомией производились различные способы дренирования желчных путей после выполнения холангиолитоэкстракции, что позволило снять желчную гипертензию, которая является пусковым механизмом в развитии билиарного панкреатита. У больных с панкреонекрозом производилась некрсеквестрэктомия с дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства. У 14 пациентов выполнены эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке. В последние годы эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполняется более часто, что обусловлено приобретением аппаратуры и подготовкой высококвалифицированных эндоскопистов-хирургов. Летальность в данной группе больных составила 11,6% в связи с развитием тотального панкреонекроза.

После ликвидации острого воспаления поджелудочной железы в различные сроки оперировано 76 больных. При этом у 27 из них выполнена холецистэктомия лапароскопическим или традиционным доступом, у 6 произведена реконструкция билиодигестивного анастомоза, у 36 – различные способы коррекции желчевыводящих путей. Летальных исходов не было.

Выводы. При лечении больных острым билиарным панкреатитом необходимо применять дифференцированный подход в отношении сроков, способа и объема оперативного вмешательства, при этом ведущим моментом является декомпрессия желчевыводящих путей при наличии желчной гипертензии.

ТРАНСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕСТАЗА

Колоскова Е. Ю., Башкевич Е.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Батвинков Н.И.

В комплексном лечении больных механической желтухой различного генеза, в том числе сочетающейся с холангитом, хирурги вынуждены применять транспеченочное дренирование желчных протоков, что позволяет эффективно разрешить явление холестаза. Вместе с тем указанное вмешательство относится к сложным видам дренирования желчевыводящих путей и может применяться только по строгим показаниям.

Цель: улучшить результаты лечения больных механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 25 больных холестазом, сопровождающимся разной степени выраженности механической желтухой и холангитом. Мужчин было 9, женщин – 16. Возраст больных колебался от 32 до 68 лет. Непроходимость желчных протоков опухолевого генеза наблюдалась у 6 пациентов, рубцовые стриктуры желчевыводящих путей – у 12, вторично склерозирующий холангит – у 7.

Результаты. Показаниями для использования транспеченочного дренирования (ТПД) желчных путей у больных желтухой опухолевого генеза являлась опухоль Клатскина (рак проксимальных отделов желчных протоков). В 5 случаях ликвидация желтухи достигалась ТПД по способу Прадери или Смита. В одном наблюдении транспеченочное дренирование осуществлено через ложе желчного пузыря. При желтухах неопухолевого генеза ТПД применяли в случаях формирования высоких билиодигестивных анастомозов, когда не представлялось возможным полностью удалить рубцово-измененные ткани, при стриктурах долевых и сегментарных протоков, узком билиодигестивном соустье, а также у больных вторичным склерозирующим холангитом, в том числе при билиарном циррозе печени. В этих случаях транспеченочное дренирование проводилось по Сейпол-Куриану или Смицу. Удале-

ние указанных дренажей производили в сроки от 2-х недель до 6-ти месяцев, что зависело от особенностей патологического процесса на момент операции.

Выводы. Применение по строгим показаниям транспеченочных методов дренирования желчных протоков позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных механической желтухой.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СТОПЕ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЁННОЙ КОСОЛАПОСТИ

Кольванова Д.В., Полудень В.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом клинической биохимии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Губарь В.В.*

Адекватное анестезиологическое пособие в ортопедии является одним из важнейших факторов, обеспечивающих психофизиологический комфорт и снижение эмоциональной нагрузки как на ребёнка, так и на медперсонал, что повышает качество и сокращает сроки лечения. Обращая внимание на появление ультрасовременных методов лечения в ортопедии, которые требуют самого тщательного подхода к проведению анестезиологического пособия, на ограниченный круг информации на данную тематику, мы поставили перед собой задачу: определить оптимальную методику анестезиологического пособия при ортопедических операциях у детей на примере реконструктивно-пластических операций на стопе по методике Томпсона, Мак-Кея, Крауфорда из доступа Цинцинати.

Цель: оценить адекватность анестезиологического пособия при проведении реконструктивно-пластических операций на стопе по поводу врождённой косолапости.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ДОТО «ГКБСМП г. Гродно». В исследование был включен 21 ребёнок в возрасте от 5,5 месяцев до 2,5 лет с диагнозом: врождённая косолапость III–IV степени. Всем пациентам проведена реконструктивная костно-пластическая операция на стопе. В зависимости от компонентов анестезии дети были разделены на три группы: 1 группа – премедикация без бензодиазепинов, поддерживающий наркоз с фентанилом; 2 группа – премедикация с бензодиазепинами, поддерживающий наркоз без фентанила; 3 группа – премедикация с бензодиазепинами, поддерживающий наркоз с фентанилом. Поддерживающий наркоз обеспечивался смесью кислорода, закиси азота и галотана (1:1:1,2 об%). Группы сравнимы между собой по возрасту, массоростовым показателям, степени анестезиологического риска по AAA и ASA. Исследование проводилось методом оценки показателей операционного стресса (САД, Ps), компонентов анестезии (объём инфузии, расход фентанила) и уровень болевой чувствительности в раннем послеоперационном периоде при изучении медицинской документации. Статистическая обработка при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных на II этапе операции выявлено достоверное снижение Ps (на 7,5%, 6,5%, 8,8%) и САД (на 6,8%, 5,5%, 9,4%) по сравнению с исходными значениями в группах, соответственно ($p < 0,05$). На III этапе операции зарегистрированы незначительный подъём Ps (2,4% и 4%) в 1 и 3 группе и снижение Ps (1,3%) во 2 группе, анализ САД, в свою очередь, показал незначительное повышение цифр САД (на 4,2%, 1,1% и 6,3%) на III этапе по сравнению со II в обеих группах ($p < 0,05$). Значительным является тот факт, что введение фентанила на фоне применения бензодиазепинов позволяет значительно снизить дозу первого (0,004 мг/кг/ч и 0,002 мг/кг/ч в 1 и 3 группах, соответственно). При оценке у детей болевой чувствительности в послеоперационном периоде замечено, что дети, относящиеся к 1 группе (3–4 балла по шкале боли) требовали более раннего и частого введения анальгетиков по сравнению со 2 и 3 группами (1–2 балла по шкале боли). Объём интраоперационной инфузионной поддержки составил 10,6 мл/кг/ч.