

из группы. Результаты исследования не показали статистически достоверных различий. В одном случае наблюдалась асимметрия коленного рефлекса ($S<=>» p=>»>$)

Таким образом, применение материала «Суперфлувис» в послеоперационный период не оказывает видимого нейротоксического действия на организм.

Довнар И.С., Дешук А.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Актуальность. Выбор метода оперативного лечения больных с острым деструктивным панкреатитом остается актуальной проблемой, что обусловлено возрастающей частотой острого панкреатита, ростом удельного веса его некротических форм, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики, неоднозначными, разноречивыми подходами к тактике лечения разных хирургических школ, а также высокой послеоперационной летальностью. В то же время широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств дает возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

Цель. Оценить эффективность различных лечебных мероприятий при остром деструктивном панкреатите.

Методы исследования. В клинике общей хирургии УО «Гродненского государственного медицинского университета» с 2014 г. по 2023 г. включительно находилось на лечении 95 пациентов с панкреонекрозом. Больные были в возрасте от 18 до 94 лет, мужчин – 61 (64,2%), женщин – 34 (35,8 %).

Проанализированы результаты лечения пациентов, у которых применены малоинвазивные хирургические методы: лапароскопии, пункции и пункционное дренирование под контролем УЗИ.

Результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение пациентов в фазе токсемии включало преимущественное использование мини-инвазивных эндоскопических (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующих вмешательств (операции под контролем УЗИ). Быстро прогрессирующая интоксикация, развитие симптомов перитонита вынудили предпринять диагностическую и лечебную лапароскопию. Она была произведена у 41 (43,2 %) человека и сводилась к эвакуации экссудата, дренированию брюшной полости и сальниковой сумки и при необходимости декомпрессии желчных путей, которая выполнена у 16 (16,9 %) пациентов. При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их пункцию и/или дренирование под контролем УЗИ. Такие малоинвазивные вмешательства выполнены у 42 (44,2 %) пациентов. При этом в 31 случае эвакуировано мутно-бурое содержимое, а у 11 гнойное.

При нелокализованных гнойных очагах предпочтение отдаем лапаротомным вмешательствам.

Применение малоинвазивных методов у больных с острым панкреонекрозом позволяет удалить агрессивное содержимое из брюшной полости, уменьшить эндотоксикоз, снизить частоту выполнения широких лапаротомий при панкреатогенном перитоните и стерильном панкреонекрозе. В то же время использование активной лечебно-диагностической тактики при панкреонекрозе, в сочетании с малоинвазивными методами, значительно уменьшает токсемию, развитие полиорганной недостаточности и способствует профилактике поздних постнекротических осложнений.

Для улучшения результатов лечения больных острым панкреонекрозом, следует применять по показаниям все современные хирургические технологии. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения панкреонекроза с применением на ранних стадиях малоинвазивных оперативных вмешательств, способствует улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности.
