

## РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Читинская государственная медицинская академия (Чита)*

Лечение острого панкреатита и его осложнений является одной из сложных и актуальных проблем хирургии. Мы располагаем собственным опытом использования рентгенотерапии у 85-ти больных с острым панкреатитом и у 10-ти больных с гнойным панкреонекрозом.

При рентгенотерапевтическом лечении больных с панкреонекрозом применяли суммарные очаговые дозы облучения поджелудочной железы от 0,4 до 1 Гр и поля облучения размерами от 6 × 8 см до 8 × 10 см. Наряду с рентгенотерапией использовали пункции и дренирование деструктивных и жидкостных образований в поджелудочной железе и парапанкреатическом пространстве под рентгеновским и ультразвуковым контролем.

У большинства больных в течение первой недели лечения отмечали значительное снижение

интенсивности болей, а у части больных — полное их исчезновение. Кроме того, была отмечена значительная положительная динамика со стороны основных лабораторных показателей независимо от длительности и тяжести заболевания.

Использование рентгенотерапии с малоинвазивными вмешательствами позволило достичь положительного результата у 8-ми больных с панкреонекрозом. У 2-х пациентов было проведено дополнительное оперативное лечение с целью удаления секвестров поджелудочной железы.

Таким образом, рентгенотерапия наряду с малоинвазивными вмешательствами позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом и могут использоваться в комплексном лечении данной патологии.

**В.В. Подкаменев, Б.Д. Доржиев, Н.И. Михайлов**

## ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ПЕРИТОНИТЕ У ДЕТЕЙ

*Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)*

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить факторы риска развития ранних послеоперационных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Осуществлен ретроспективный анализ результатов лечения 517 детей с аппендикулярным перитонитом, находившихся на лечении в Ивано-Матренинской детской клинической больнице г. Иркутска (n = 295) и больнице скорой помощи г. Улан-Удэ (n = 222). Преобладали пациенты школьного возраста (n = 380; 73,5 %) по сравнению с детьми дошкольного возраста (n = 137; 26,5 %). Наиболее часто дети поступали в хирургические отделения после 24-х часов от начала заболевания: 499 (96,5 %) пациентов против 18 (3,5 %), поступивших до 24-х часов.

С местными формами перитонита наблюдались 418 (80,8 %) пациентов, из них 98 больных (18,9 %) с местным ограниченным перитонитом, 258 (49,9 %) — с местным неограниченным перитонитом и 62 (12,0 %) — с аппендикулярным абсцессом. С распространенными формами перитонита наблюдались 99 (19,2 %) пациентов, из них —

диффузный перитонит отмечен у 79 (15,3 %), разлитой перитонит — у 20 (3,9 %) пациентов.

Хирургическое лечение аппендикулярного перитонита складывалось из дифференцированного доступа, аппендэктомии, санации и дренирования брюшной полости по показаниям. Для оценки клинической эффективности санации и дренирования брюшной полости при местном ограниченном и неограниченном перитоните осуществлена выборка пациентов с указанными формами перитонита (n = 192), которые были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия санации и дренирования брюшной полости. Основная группа (ОГ; n = 154) состояла из пациентов, которым санация и дренирование брюшной полости не проводились. Группа клинического сравнения (ГКС; n = 38), состояла из пациентов, которым были выполнены санация и дренирование брюшной полости. Эффективность результатов лечения оценивалась в соответствии с рекомендациями CONSORT.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Общая частота послеоперационных внутрибрюшных осложнений у наших пациентов соста-

вила 7,7 % (n = 40). Наиболее частой формой осложнений явился абсцесс брюшной полости, который наблюдался у 23 (4,4 %) детей. Инфильтрат брюшной полости наблюдался не более чем у 2 % (n = 10). Очень редко отмечались такие послеоперационные осложнения как кишечная непроходимость (n = 3; 0,6 %), послеоперационный перитонит (n = 3; 0,6 %) и кишечные свищи (n = 1; 0,1 %).

Результаты многофакторного анализа показали, что отсутствует зависимость между частотой послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости, полом и возрастом ребенка. Отмечено одинаковое распределение послеоперационных осложнений между мальчиками и девочками: 7,6 и 7,9 % соответственно. Наши исследования показали, что дети с аппендикулярным перитонитом до 3 лет не относятся к группе риска по развитию более частых и более тяжелых послеоперационных осложнений со стороны брюшной полости. До 3-х лет мы не наблюдали осложнений со стороны брюшной полости. Среди всех возрастных групп наиболее высокий процент (12,1 %) осложнений наблюдался у детей в возрасте от 7 до 10 лет, тогда как у детей в возрасте от 3 до 7 лет этот показатель равнялся 6,7 %, а в возрасте от 10 до 14 лет — 6,8 %. Наш опыт показывает, что сегодня детям в возрасте до 3 лет с аппендикулярным перитонитом можно оказывать хирургическую помощь без летальных исходов и осложнений со стороны брюшной полости.

Давность заболевания также не оказалась фактором риска развития более частых послеоперационных осложнений со стороны брюшной по-

лости. Их частота составила 7,6 % при давности заболевания до 24 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 24 до 48 часов, 9,1 % — при давности заболевания от 48 до 72 часов. Отсутствовали осложнения со стороны брюшной полости у детей, оперированных после 72 часов от начала заболевания.

Предоперационная подготовка оказывает существенное влияние на частоту неосложненного и осложненного послеоперационного периода (39,7 против 79,2 %,  $P < 0,05$ ). Отсутствие предоперационной подготовки способствует двукратному увеличению частоты послеоперационных осложнений.

Доступ Волковича — Дьяконова является доступом выбора при местных формах перитонита, его расширенный вариант — при диффузной форме, так как он обеспечивает невысокий процент послеоперационных осложнений (7,5 %;  $P < 0,05$ ) со стороны брюшной полости.

Выявлено трехкратное увеличение частоты внутрибрюшных осложнений при проведении санации и дренирования брюшной полости при местном ограниченном и местном неограниченном перитонитах (32,4 против 11,7 %;  $P < 0,05$ ). Отсутствие санации и дренирования брюшной полости обеспечивает снижение относительного риска (СОР) развития послеоперационных осложнений на 29,5 % (95 % ДИ 27,8 — 30,4 %), снижение абсолютного риска (САР) — 19,9 %, а число больных, которых необходимо лечить данным способом, чтобы предотвратить один неблагоприятный исход (NNT) — 5,0 (95 % ДИ 4,6 — 5,4).

**В.Л. Полуэктов, Т.М. Калемина, О.А. Чертищев, И.Н. Зятков, Ю.Р. Ерещенко, В.Г. Лобанов**

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ

*Областная клиническая больница (Омск)*

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать современные подходы к лечению пациентов с медиастинитами.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наш опыт объединяет результаты лечения более 70 пациентов с медиастинитами различной этиологии. В ходе диагностики используются обычное клиничко-рентгенологическое исследование, компьютерная томография, сонография, эндоскопические методики, контрастные рентгенологические исследования. В оперативном лечении использовались различные виды вмешательств, в том числе и эндохирургические с использованием ригидных и фиброволоконных эндоскопов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате внедрения в практику современных подходов в лечении данной группы пациентов, широкого использования эндохирургии удалось добиться улучшения результатов лечения. При этом для объективизации результатов лечения и прогнозирования использовалась шкала SAPS.

У 80 % пациентов данной группы было тяжелое и крайне тяжелое состояние при поступлении, при этом SAPS было более 15 баллов. Наименьшая тяжесть состояния была в группе с ограниченными передними медиастинитами и составила 10 баллов, при этом летальных исходов не было. Гнойный процесс в верхнем средостении и при тотальном переднем медиастините приводил к одинаковой тяжести, в среднем 15 баллов. Тотальное вовлечение зад-