

В 1-е сутки отмечено кровотечение из послеоперационной раны у 1 (0.4%) пациентов группы «А» и у 2 (0.8%) группы «Б», которое остановлено у всех больных прошиванием сосудов. У 5 пациентов: 4 (1,6%) «А» и 1 (0.4%) «Б» пациентов на 3-4 сутки после операции выявлены и вскрыты под местной анестезией ранее нераспознанные гнойные затёки. Общая частота послеоперационных осложнений – 3.2% (8). В обеих группах сроки стационарного лечения были одинаковы, у подавляющего числа больных 83,3% составили 4 дня. Остальные 17,7% пациентов провели в стационаре от 5 до 6 дней. Сроки полного заживления раны составили $25,7 \pm 3$ дней в «А» группе, $40,1 \pm 5$ дня в «Б» группе.

В 193 (77,8%) наблюдениях прослежены отдалённые результаты лечения в сроки 6-12 месяцев. Неудовлетворительные результаты у 3 (1,5%): 1 (0,5%) и 2 (1,0%) из групп «А» и «Б» соответственно, во всех случаях возник рецидив заболевания, связанный с неудалённым первичным отверстием ЭКХ или нераспознанным и невскрытым затёком во время операции.

Таким образом установили, что одноэтапное хирургическое лечение ЭКХ с открытым ведением раны является эффективным способом лечения, сопровождающимся минимальной частотой послеоперационных осложнений и редкими рецидивами заболевания, позволяющим сократить сроки стационарного лечения без ограничения социально-трудовой активности пациента в послеоперационном периоде. Применение аутоплазмы обогащенной тромбоцитарными факторами роста позволяет сократить на 30% срок до полного заживления раны, что позволяет рекомендовать этот метод к применению в проктологии.

*Е.Е. Ачкасов¹, Ж.Г. Набиева¹, В.И. Посудневский¹, А.Г. Абдуллаев¹,
Ю.А. Гараев¹, П.В. Мельников¹, С.В.Штейнердт²*

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ; ²Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, shirurg@mail.ru

В настоящее время развитие проблемы лечения острого панкреатита (ОП) в нашей стране и за рубежом характеризуется переходом на позиции дифференцированного применения, как консервативных, так и оперативных методов лечения, в зависимости от формы заболевания. Эти два метода не исключают друг друга, а взаимно дополняют. Основной целью базисной

нутритивной поддержки (НП) является обеспечение физиологических потребностей больного в основных макро- и микронутриентах, которое может осуществляться естественным (оральным) и искусственным (парентеральным или энтеральным) путем.

Расходятся точки зрения на вопрос о выборе метода нутритивной поддержки при ОП, причем особый интерес представляют работы по изучению энтерального зондового питания (ЭЗП), но ни в одной из них не представлен сравнительный анализ влияния на секрецию поджелудочной железы (ПЖ) разных типов энтеральных смесей и регуляторные механизмы секреции при проведении энтерального питания, расходятся мнения авторов на срок начала и продолжительность ЭЗП, способ введения (назогастральный или назоюнональный путь), что несомненно свидетельствует об актуальности проблемы энтеральной нутритивной зондовой поддержки и говорит о необходимости ее дальнейшей разработки. Наиболее противоречивыми и дискуссионными при проведении НП остаются следующие вопросы: 1. Какому пути введения питательных веществ отдать предпочтение – парентеральному или энтеральному; 2. Время начала проведения нутритивной поддержки; 3. Какими препаратами и смесями осуществлять питание больного; 4. Является ли нутритивная поддержка (НП) основой комплексной терапии или элементом симптоматического лечения.

Целью исследования была разработка и обоснование оптимальной тактики нутритивной поддержки в ранних фазах острого панкреатита.

Для решения данной цели поставлены следующие задачи: 1) изучить влияние разных способов НП на внешнюю секрецию ПЖ у больных ОП, с оценкой уровня гормонов APUD-системы; 2) изучить особенности течения ОП на фоне ЭЗП, в зависимости от вида медикаментозного подавления секреции; 3) оценить результаты лечения больных при использовании разных способов НП в ранних фазах острого панкреатита; 4) разработать оптимальную тактику нутритивной поддержки больных ОП.

В качестве модели исследования избрали больных острым панкреатитом различной степени тяжести, которых разделили на 3 группы в зависимости от способа искусственного питания (энтеральное зондовое питание сбалансированными и олигопептидными смесями, полное парентеральное питание). В качестве методов подавления секреции ПЖ применяли медикаментозные (квamatел по 20 мг*2 раза в день в/в, октреотид по 100 мкг *3 раза в сутки п/к) и немедикаментозные (отмывание кишечника охлажденным до 14-16⁰ физиологическим раствором через эндоскопически установленный за связку Трейтца на 15-25 см назоинтестинальный катетер диаметром просвета 2 мм). Всем пациентам ОП в течение курса лечения применяли определенный способ НП и различные комбинации антисекреторной терапии, при этом

проводили сравнительную оценку групп больных между собой. Для оценки влияния ЭЗП на секрецию ПЖ использовали лабораторные исследования (амилаза сыворотки крови, гормоны APUD-системы в плазме крови (холецистокинин, секретин, соматостатин, вазоинтестинальный пептид), данные инструментальных исследований (УЗИ органов брюшной полости), рентгенологические исследования (КТ, обзорная рентгенография и рентгеноскопия органов брюшной полости, рентгеноконтрастное исследование положения энтерального катетера), а также изучали азотистый баланс и антропометрические показатели (суточный креатинин и мочевины мочи, ИМТ, ТКЖС, ОМП, КРИ). На основании анализа показателей гастроинтестинальных гормонов ЖКТ при проведении раннего энтерального питания пришли к заключению, что данный вид нутритивной поддержки способствует стимуляции панкреатической секреции и повышению уровня гормонов в крови, несмотря на введение октреотида и кваматела, следовательно не следует вводить энтеральное питание в ранних фазах ОП.

Выводы: 1. Раннее энтеральное питание оказывает стимулирующее влияние на секрецию ПЖ, несмотря на введение медикаментозных антисекреторных препаратов (октреотид, квамател), и ухудшает результаты лечения. 2. Питательная смесь «Пептамен» обладает меньшим стимулирующим влиянием на секрецию ПЖ по сравнению со стандартными энтеральными смесями. 3. Оптимальным способом нутритивной поддержки в ранних фазах острого панкреатита является полное парентеральное питание. 4. Результаты лечения и клиническое течение ОП не зависят от типа энтеральной питательной смеси при проведении раннего энтерального питания.

*Бубнова Н.А.², Шатитль М.А.¹, Акинчиц Л.Г.¹, Демин В.Н.¹,
Добрыдин О.Н.¹, Семак М.В.¹, Котлов В.О.¹, Чернышев О.Б.¹*

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ФАСЦИИТ: АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*¹ СПб ГУЗ «Городская больница Святого Великомученика Георгия»; ²
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, Bubnova44@list.ru*

Актуальность проблемы. Некротизирующий фасциит - одно из самых тяжелых заболеваний в структуре хирургических инфекций. Практически всегда сопровождающийся тяжелым сепсисом, полиорганной недостаточностью, септическим шоком и крайне высокой летальностью от 50% до 80-100%. Современную клиническую картину некротизирующего фасциита характеризует