



Рис. 1. Инородные тела брюшной полости, обнаруженные при оперативном вмешательстве.

При удалении инородных тел участка тонкой кишки вместе с ними эвакуированы кусочки различного размера кожи и стелек, шнуры. Нами выполнен илеотранзверзоанастомоз на фоне распространенного гнойно-фибринозного перитонита. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта выполнена цекостомия, назоинтестинальная интубация. Через гастротомический разрез удалено инородное тело желудка (взрослая зубная щетка) с наложением 2-рядных узловых швов. Далее выполнена санация брюшной полости растворами H_2O_2 , фурациллина и лапаростомия. На третьей санации брюшной полости, выполняемой в программируемом режиме, операционная рана ушита послойно на амортизаторах с установкой силиконовых дренажей в правый и левый боковой каналы и в область малого таза.

На вторые сутки от момента последней операции произошло инфицирование мягких тканей нижнего угла послеоперационной раны.

На 19-е сутки больной от момента поступления больной Д. переведен в психиатрическую больницу. На 28-е сутки наступило полное выздоровление пациента.

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Г.Д. Гунзынов, Е.Н. Цыбиков

С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК – МАРКЕР ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

По показателям С-реактивного белка в сыворотке крови больных острым панкреатитом оценить тяжесть и динамику течения заболеваний, сопровождающегося некрозом поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены показатели С-реактивного белка у 71 больного с заболеваниями поджелудочной железы. Мужчин было 42, женщин – 29. Возраст больных составил $43 \pm 17,1$ (20 – 68 лет) года. Исследуемую группу составил 51 больной с острым панкреатитом, контрольную – 10 больных с хроническим панкреатитом и 10 – с аденокарциномой поджелудочной железы. Диагноз и оценка степени тяжести острого панкреатита основывались на клинико-инструментальных и лабораторных данных в соответствии с Международной классификацией острого панкреатита (Атланта, 1992) и Всероссийским съездом панкреатологов (Волгоград, 2000).

Все пациенты исследуемой группы с острым панкреатитом были госпитализированы в сроки от 2 до 55 часов от момента заболевания, а исследование сыворотки крови на С-реактивный белок проводилось через $39 \pm 15,2$ часа от начала заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели уровня С-реактивного белка в сыворотке крови больных контрольной группы составили при хроническом панкреатите 4220 ± 2610 нг/мл, при аденокарциноме поджелудочной железы –

1050 ± 853 нг/мл. В исследуемой группе острого панкреатита показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 356098 нг/мл, средний показатель составил 132335,8 ± 93467 нг/мл ($p < 0,001$).

У 10 больных острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 45189 нг/мл, средний показатель соответствовал 33088 ± 9522 нг/мл (1-я группа), тяжесть течения соответствовала легкой/средней степени по шкале Ranson (< 3 баллов).

У 41 больного с острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 105234 до 356098 нг/мл, средний показатель соответствовал 208475 ± 94007 нг/мл (2-я группа), тяжесть течения заболевания соответствовала тяжелой степени острого панкреатита по шкале Ranson (≥ 3 баллов). Показатели С-реактивного белка 2-й группы исследуемых больных с острым панкреатитом превышали показатели С-реактивного белка 1-й группы ($p < 0,005$). У всех больных 2-й группы тяжесть течения острого панкреатита была обусловлена полиорганной дисфункцией. Причем у 18 больных 2-й группы при показателях С-реактивного белка ≥ 220335 нг/мл площадь некроза составила ≥ двух третей объема ткани поджелудочной железы (по данным операционного и секционного исследования).

Таким образом, с применением в диагностике острого панкреатита С-реактивного белка своевременно идентифицируется панкреонекроз. Отмечена прямая зависимость между показателями С-реактивного белка и масштабом поражения поджелудочной железы у больных с панкреонекрозом.

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Б.Г. Гармаев, Ч.В. Содномов, Д.Б. Бальжиров

ПРОФИЛАКТИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Острый панкреатит занимает третье место в структуре хирургических заболеваний. При систематическом выполнении ЭГДС у больных с острым панкреатитом в двух третях случаях можно выявить эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, которые могут осложниться желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК).

Цель работы: разработать оптимальную схему профилактики ЖКК у больных с острым панкреатитом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 163 больным с острым панкреатитом. Всем больным при поступлении выполнялось ЭГДС. У 45 (28 %) пациентов выявлены геморрагические эрозии сливного характера и острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. У 11 (24,4 %) больных эрозивно-язвенные поражения осложнились ЖКК. Больные были разделены на 3 группы: 1 группа — 96 пациентов, которые на протяжении всего времени госпитализации получали H_2 -гистаминоблокаторы; 2 группа — 39 пациентов, которые в первые 2–3 суток парентерально получали квамател. 28 пациентам, которые составили 3 группу, с первых суток парентерально вводили Лосек с последующим переходом на таблетированные формы кваматела.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-й группе геморрагические осложнения выявлены у 9 (5,5 %) пациентов, во 2-й ЖКК — у одного пациента. В 3-й группе также у одного пациента эрозивно-язвенные поражения осложнились ЖКК. Результаты лечения показали, что эффективность используемых схем во 2-й и 3-й группах одинаковая, что говорит о действенности использования кваматела в первые сутки лечения.

Таким образом, наиболее оптимальной схемой профилактики желудочно-кишечного кровотечения у больных с острым панкреатитом является парентеральное введение кваматела в первые двое суток по 40 мг 2 раза в сутки.