

Во второй группе некроз всего пораженного сегмента произошел у 42 (87,5 %) больных, частичный некроз — у 3 (6,25 %), удалось спасти пораженный сегмент у 3 (6,25 %), токсемия развилась у 36 (75 %) пораженных.

Достаточный объем инфузионной терапии существенно улучшил результаты лечения. Так, у больных третьей группы некроз всего пораженного сегмента произошел у 18 (69,2 %) больных, частичный некроз пораженного сегмента — у 3 (11,5 %), восстановлена жизнеспособность всего пораженного сегмента у 5 (19,3 %), токсемия средней или тяжелой степени развилась у 10 (38,5 %) пораженных.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования подтверждают значимость инфузионной терапии при отморожениях. При этом существенное значение имеет адекватность объема инфузионной терапии, который должен соответствовать тяжести травмы. Улучшение результатов лечения объясняется тем, что достаточный объем инфузионной терапии позволяет предупредить или значительно уменьшить процессы развития гиперкоагуляции и токсемии, характерных для глубоких объемных поражений при отморожениях.

**В.П. Саганов, Г.Ф. Жигаев, Т.И. Лелявина, А.Д. Быков**

### ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Результаты исследований показывают, что у больных сахарным диабетом частота поражений печени и желчевыводящих путей колеблется от 4 до 84 % (Ивашкин В.Т., 2002; Григорьева И.Н., 2004). Воспалительный процесс желчных путей при сахарном диабете нередко приводит к развитию деструктивных форм холецистита, гнойно-септических осложнений которые в свою очередь вызывают декомпенсацию уже нарушенного углеводного обмена.

В клинике обследованы и оперированы 36 больных сахарным диабетом в сочетании с холециститом. Легкая форма сахарного диабета была у 16 пациентов, средней тяжести — у 9, тяжелая — у 3 больных. Латентный диабет выявлен у 8 больных. Для выявления последнего проводили глюкозотолерантный тест. В предоперационном периоде проводились мероприятия, направленные на компенсацию сахарного диабета (назначался простой инсулин в дозировках, обусловленных уровнем гликемии и гемосорбция). Многие авторы (Мараховский Ю.К., Рубенс Ю.П., 2004; Kris-Etherton P.M. et al., 2004; Tsai C.J. et al., 2006) считают, что гемосорбция уменьшает интоксикацию и потребность в инсулине, улучшает реологические свойства крови, функцию печени, стабилизирует течение сахарного диабета.

После окончания сеанса гемосорбции (гепаринизация 300 — 500 ед./кг, скорость перфузии принялась равной 60 — 120 мл/мин., объем — 8 — 12 л) вводили протаминсульфат в дозировках, зависящих от доз гепарина.

Выполнена холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому 9 пациентам, холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом — 6, холецистэктомия — 19, холецистостомия — 2 больным. У 32 больных холецистэктомия проводилась с рассечением связки Трейца (РСТ).

Умерла одна больная (2,7 %), которая была оперирована в экстренном порядке с деструктивно-некротическим поражением желчного пузыря (холецистэктомия) на фоне тяжелой формы сахарного диабета.

Таким образом, сахарный диабет не является противопоказанием для операций на желчевыводящих путях, но предварительно необходимо провести коррекцию углеводного обмена, гемосорбцию.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, С.К. Хайрулина**

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ РКБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 72 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 г. по январь 2008 г.

Исследуемые пациенты распределены согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

На основании оценки интегральной тяжести состояния с 2004 г. всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

С 2004 г. нами применяется оптимизированная лечебно-диагностическая тактика при различных формах острого панкреатита. Всем больным с подтвержденным деструктивным панкреатитом (УЗИ, КТ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лабораторные показатели), проводили базисную консервативную терапию, включающую антибиотикопрофилактику и терапию (карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины III и IV поколения).

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

- 1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;
- 2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Тактика дифференцированного хирургического лечения заключалась в строго соблюдаемых принципах современной неотложной панкреатологии. Таким образом, при ограниченных формах панкреонекроза, независимо от факта инфицирования нами применялся «закрытый» метод дренирующих операций в режиме «по требованию», при распространенных формах панкреонекроза — «открытый» метод дренирования в режиме «по программе». Определено, что распространенный стерильный некроз поджелудочной железы более 50 % неминуемо приводит к инфицированию. В этой связи интенсивная терапия проводилась в одинаковом объеме независимо от факта инфицирования.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с различными формами острого панкреатита (рис. 1).

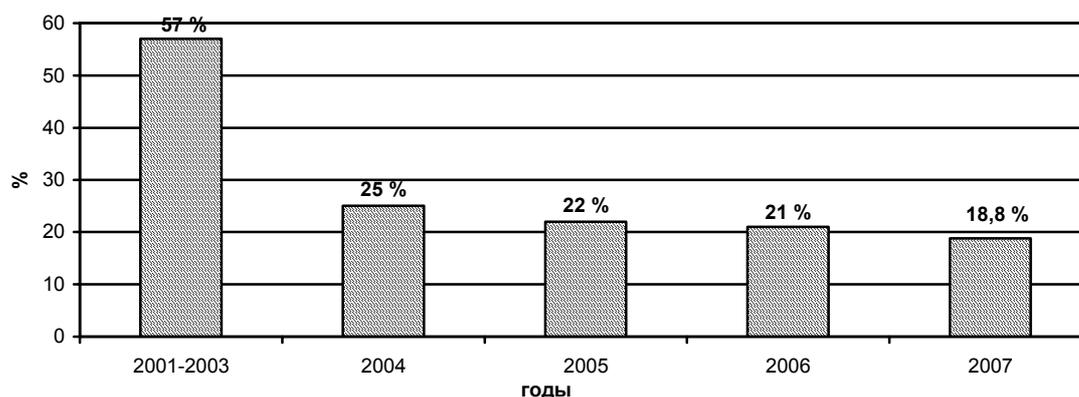


Рис. 1. Летальность больных с различными формами острого панкреатита в разные периоды лечения.

Таким образом, анализ лечения больных с различными формами острого панкреатита позволил прийти к выводу, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены не только дифференцированным подходом в диагностике и корректной оценкой степени тяжести состояния больного, но и уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способов дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, С.К. Хайрулина**

### НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)  
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 72 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 г. по январь 2008 г.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп с различными формами острого панкреатита, согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000) (табл. 1).