

Серебренникова Е.Н.
**БЕСКОНТАКТНАЯ АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ
 КОАГУЛЯЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ
 ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ
 ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ
 ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Кировская государственная медицинская академия,
 кафедра госпитальной хирургии*

Зав кафедрой: профессор В.А. Бахтин

Научный руководитель: профессор В.А. Бахтин

Цель исследования: Оценка эффективности применения бесконтактной аргоноплазменной коагуляции в хирургическом лечении больных с осложненными постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы. Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА на базе областной клинической больницы с января 2005 по декабрь 2008 года находились на лечении 66 больных в возрасте от 21 до 83 лет с осложненными постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы. Женщин 21 (31,8%), мужчин- 45 (68,2%). Наблюдались следующие осложнения: инфицирование 28, секвестрация 6, асцит 3, наружные панкреатические свищи 7, цистоободочный свищ 1, сдавление желчных протоков 5, перфорация кист в свободную брюшную полость 4, перитонит 5, регионарная портальная гипертензия 4, аррозивное кровотечение 2, сдавление пилорического отдела желудка 1. Исходное состояние больных оценивалось по шкалам общереаниматологического профиля и у всех расценивалось как средней степени тяжести и тяжелое. Все больные оперированы. Вид оперативного лечения зависел от характера осложнения и объема поражения поджелудочной железы. Чрескожное дренирование кисты поджелудочной железы под контролем УЗИ выполнено 13 больным, из них 10 больным являлось этапом предоперационной подготовки. Дистальная панкреатоспленэктомия выполнена 6 больным, некрсеквестрэктомия- 16, панкреатоцистоеюностомия-10, наружное дренирование кист – 29, продольная панкреатоюностомия- 1, панкреатоцистогастростомия- 1. Больным с механической желтухой оперативное лечение дополнено холедохостомией в 2 случаях и внутренним желчеотведением в 3 случаях. Оперативное лечение было дополнено обработкой внутренней стенки кисты бесконтактной аргоноплазменной коагуляцией (БАПК)

при следующих операциях: наружное дренирование кисты- 4, дистальная резекция поджелудочной железы – 1, иссечение кисты с резекцией селезеночного угла толстой кишки с цистоободочным свищем- 1 (всего 6-ти больным). Результаты. В раннем послеоперационном периоде у больных оперированных без применения БАПК (60 больных) осложнения выявлены в 11 (18,3 %) случаях, среди них: спаечная кишечная непроходимость- 1, перфорация острой язвы желудка- 1, несостоятельность цистоеюноанастомоза- 1, забрюшинная флегмона – 2, нагноение послеоперационной раны – 1, инфицированная экстрапанкреатическая киста- 3, желтуха- 1, формирование парапанкреатического абсцесса- 1. Процент гнойных осложнений составил 63,6%. Отмечено 3 летальных исхода (5 %). В 2-х случаях (3,3%) причинами являлась декомпенсация сопутствующей сердечнососудистой патологии, в 1-м случае (1,7%) – больной умер от прогрессирующего перитонита на фоне несостоятельности анастомоза после многократных релапаротомий. В группе больных с интраоперационным применением БАПК имело место 1 осложнение с летальным исходом (16,7%): атипичная перфорация хронической язвы двенадцатиперстной кишки в забрюшинное пространство, причиной смерти явилась несостоятельность анастомоза после резекции желудка. Гнойных осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Если в группе больных пролеченных традиционными способами средний койко-день составил 41,6±9,1, то среднее пребывание в стационаре больных с интраоперационным применением БАПК составил 32,7±8,3. Вывод. Осложненное течение псевдокист поджелудочной железы утяжеляет течение заболевания, а так же приводит к закономерному увеличению количество послеоперационных осложнений (18,3%), в первую очередь гнойных (63,6%). Обработка БАПК стенок кисты способствует снижению гнойных послеоперационных осложнений и уменьшению длительности пребывания в стационаре.