

А.Э. Блюменкранц, С.Ю. Чистохин, С.А. Мясников, В.В. Тимофеев

ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ МЕЛКООЧАГОВОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Чита)
Дорожная клиническая больница (г. Чита)

Проблемы острого панкреатита последние годы чаще других обсуждаются на съездах и конференциях в России и за рубежом. Во многих докладах и публикациях обосновывается расширение показаний к более продолжительному консервативному или «полузакрытому» ведению таких больных с применением эндовидеохирургических технологий.

Из лечившихся в Дорожной клинической больнице ст. Чита-II в 1997–2006 гг. 1240 пациентов с различными формами острого панкреатита у 46 (3,7 %) применено такое лечение в связи с выраженными клиническими, лабораторными и УЗИ-признаками поражения поджелудочной железы, при небольших сроках (1–3 суток) от начала заболевания. В ходе диагностической лапароскопии, поскольку не исключалась и деструктивная форма заболевания, у больных этой группы выявлены лишь косвенные признаки мелкоочагового панкреонекроза — единичные пятна стеатонекроза и местный или диффузный серозно-ферментативный перитонит. Таким пациентам выполняли под эндовидеоконтролем чрескожную чреспеченочную минихолецистостомию спиралевидным катетером, дренирование сальниковой сумки через винсловое отверстие двухпросветной трубкой ТММК № 24 или 27, дополнительно вводили через отдельные проколы дренажные трубки в малый таз (у всех 46) и в левое поддиафрагмальное пространство (у десяти), ряду больных (12) в толщу круглой связки печени проводили тонкий катетер для повторных новокаиновых блокад и подведения антибиотиков.

Проточно-промывное дренирование сальниковой сумки продолжали до 6–10 суток. Наружное желчеотведение, дополненное ежедневными промываниями пузыря и протоков через холецистостому новокаином с антибиотиками и гепарином и (или) 0,04% раствором гипохлорита натрия, продолжали до 8–12 суток, после контрастной холецистохолангиографии катетер удаляли. Традиционную инфузионную, антибактериальную и антиферментную терапию дополняли короткими курсами сандостатина (октреотида) по 200–300 мкг/сут. или, чаще, 5-фторурацила по 250–500 мг/сут. в первые 3–5 дней с последующим переходом на антисекреторную терапию H_2 -блокаторами (фамотидин) в сочетании с периферическими холинолитиками (гастроцепин). Комбинация двух последних препаратов использовалась и после выписки из стационара в качестве поддерживающей терапии в период реабилитации. У 38 пациентов применялось лазерное или ультрафиолетовое облучение крови. У всех больных этой группы констатировано благоприятное течение заболевания, средние сроки стационарного лечения составили $11,6 \pm 2,2$ к/дня. В этой небольшой группе больных отмечена отчетливая корреляция между активностью санационных промываний желчных протоков и сальниковой сумки со скоростью нормализации клинических, физиологических, ультразвуковых и лабораторных показателей.

В отдаленные сроки от 1 до 8 лет лишь у 5 пациентов наблюдались повторные эпизоды панкреатита, связанные со злоупотреблением алкоголя, во всех случаях обострение удалось купировать консервативными мерами.

Таким образом, лапароскопические технологии достаточно эффективны в острой фазе мелкоочагового панкреонекроза, позволяют предотвратить прогрессирование заболевания и развитие гнойно-септических осложнений, заметно улучшают ближайшие и отдаленные клинические и функциональные результаты лечения больных острым панкреатитом.

Н.И. Богомолов, И.А. Кузнецова, Н.Н. Томских, М.А. Гончарова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНАЭРОБНОЙ ГАЗООБРАЗУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ГОУ ВПО ЧГМА (г. Чита)
Областное патолого-анатомическое бюро (г. Чита)

Анаэробная газобразующая инфекция (АГИ) в мирное время встречается намного реже, чем у раненых в военных конфликтах. Поэтому, нередко, диагноз устанавливается с опозданием и лечение оказывается неадекватным. В последние пять лет участились случаи АГИ, особенно после выполнения инъекций в домашних условиях.

По материалам двух клиник города мы располагаем 16 наблюдениями АГИ. Мужчин было 10, женщин — 6; возраст — от 39 до 71 года. Девять человек имели тяжелую фоновую и сопутствующую патологию (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, последствия спинальной травмы и др.), по поводу

которой и получали лечение на дому или в амбулатории, в том числе двое с парапроктитом. У 7 пациентов АГИ развилась после травмы: поездная была у 3, огнестрельное дробовое и минно-взрывное ранение — у 2, травму при дорожно-транспортном происшествии получили 2 человека. Во всех случаях первичная хирургическая обработка проведена с опозданием и не в полном объеме, вторичная — осуществлялась в клинике после доставки из районных ЛПУ. Развернутая клиническая картина с температурной реакцией, тяжелым общим состоянием, отеком и эмфиземой мягких тканей с характерным их цветом была у 11 больных. Бактериологическая верификация возбудителя при жизни осуществлена только при повторных исследованиях у 8 человек, у двух пациентов диагноз выставлен только на основании клинических данных. У шести оно нашло подтверждение при исследовании трупного материала. Локализация первичного очага отличалась разнообразием: в 1 наблюдении это была поясничная область, в 2-х — стопа и голень, в 2-х — бедро, в 2-х — промежность, таз и параректальные ткани, в 9 случаях — ягодичная область.

Лечение осуществлялось в отделениях хирургической инфекции и боксированных реанимационных палатах. Антибактериальная терапия включала не менее 3-х антибактериальных средств, в том числе метрогил, детоксикационную и симптоматическую терапию, ГБО, методы эфферентной терапии, местное медикаментозное лечение ран с этапной некрэктомией и вторичными хирургическими обработками. Противогангренозная сыворотка использовалась в дозе 100000 — 150000 ЕД. Широко применялось проточно-аспирационное дренирование с антисептиками из группы окислителей, сорбционно-аппликационное лечение (патент № 2195291). Кожная пластика при ранах площадью более 25 см² применена у 11 человек, у 4-х из них в два и более этапов. У 3-х больных выполнены ампутации конечности: на уровне голени — у 1, на уровне бедра — у двух. Контрактура и тугоподвижность в суставах на момент выписки имелись у 3 человек.

Умерло 6 (37,5 %) больных, среди причин смерти кроме АГИ, сепсиса фигурировали ТЭЛА (2 случая), инфаркт миокарда (1), перитонит (1). В 3-х наблюдениях результат микробиологического исследования трупного материала оказался неожиданным для хирургов. Эпидемиологическое расследование случаев АГИ выявило несоблюдение правил асептики и антисептики при выполнении инъекций на дому, дефекты при оказании первой врачебной и специализированной помощи на этапах эвакуации. Все случаи разобраны по цепи следования больных.

Таким образом, анаэробная газообразующая инфекция в мирное время осложняет течение открытых травм, соматических заболеваний, особенно у ослабленных больных, при выполнении инъекций в домашних условиях лицами, не имеющими медицинского образования. Течение заболевания может быть торпидным, без явных классических клинических признаков. В лечении решающее значение имеет своевременная качественная хирургическая обработка ран (гнояников), антибактериальная и серотерапия, ГБО, местное медикаментозное лечение с использованием сорбентов.

Н.И. Богомолов, Д.В. Сафронов, Н.Н. Томских, О.В. Иванова, Л.Г. Пикулина, И.В. Терентьева, И.В. Шишов, Б.Ф. Дученко, А.Ю. Гусев

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННОЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава (г. Чита)
ГУЗ ОКБ (г. Чита)
НУЗ ДКБ (г. Чита)
ОВКГ № 321 СибВО (г. Чита)**

Представлен анализ фрагмента материала трех клиник г. Читы по диагностике, лечению и реабилитации больных дивертикулезом ободочной кишки. Изучено 137 историй болезни, женщин было 98, мужчин — 39, в возрасте от 43 до 87 лет (средний — 60,3 ± 13,1). Осложнения дивертикулярной болезни имели место у 48 (35,04%), в том числе: дивертикулит, парадивертикулярный инфильтрат, синдром раздраженной кишки — у 13, перфорация дивертикула с ограниченным перитонитом — у 12 и забрюшинным абсцессом еще у 4, профузное кишечное кровотечение — у 10, острая кишечная непроходимость — у 7, сочетание осложнений было у 9 пациентов, у 8 — в последующем перфорация следовала за кровотечением или наоборот.

На протяжении последних трех лет ежегодно от 17 до 21 больного с дивертикулярной болезнью находятся на обследовании и лечении в единственном колопроктологическом отделении ГУЗ ОКБ. Для диагностики заболевания используется известный протокол обследования, где основным методом визуализации является рентгенологический (ирригоскопия), у ряда больных применялась колоноскопия и лапароскопия. Однако, у 4-х пациентов правильный диагноз установлен только при патологоанатомическом исследовании, в то время как при лапаротомии у 3 и при лапароскопии у 1 человека процесс трактовался как неоперабельная злокачественная опухоль. Еще в 7 случаях до операции на основании