

в основной группе составила $3,5 \pm 2,9$ дня (1–14 дней), в контрольной – $9,4 \pm 5,1$ дней (4–30 дней) ($p=0,0000$). Нарушение эвакуации из желудка более 7 суток наблюдали у 2 (5,4%) и 22 (55%) пациентов соответственно в I и II группах ($p=0,00018$). Частота несостоятельности анастомозов также оказалось высокой в контрольной группе: 10 против 0 в I группе ($p=0,0098$). Общее количество больных с различными осложнениями в контрольной группе составило 27 больных (67,5%), в исследуемой – 5 (13,5%) ($p=0,00049$). Послеоперационный койко-день во II группе составил 27 ± 18 (7–103), в I группе – $18,7 \pm 15$

(8–77) ($p=0,002$). Октреотид с целью профилактики послеоперационных осложнений использовали во II группе у 26 пациентов, в I гр. – у 21 больного. Пептические язвы желудка в отдаленном периоде наблюдали у 2 пациентов (по 1 в каждой группе).

Заключение. Методика РНЦХ по формированию гастроэнтероанастомоза позволяет значительно снизить частоту развития гастростаза в раннем послеоперационном периоде после панкреатодуоденальной резекции, а также частоту других осложнений, связанных с несостоятельностью анастомозов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ЭВОЛЮЦИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА

Фирсова В.Г., Потехина Ю.Л., Градусов В.Л., Паршиков В.В.

*Нижегородская государственная медицинская академия,
МЛПУ «Городская больница №35»*

Острый панкреатит – фазно-протекающее заболевание, в течение которого происходит не только появление новой симптоматики и осложнений, но и трансформация самой сущности патологического процесса. Это означает различную опасность для жизни больного на разных этапах развития болезни, а также наличие «узловых» точек, важных для принятия тактических решений. Наибольший интерес вызывают, безусловно, деструктивные формы заболевания. Большинство хирургов считают, что необходимость в операции возникает при формировании инфицированного панкреонекроза. Однако критерии диагностики инфицирования при некротическом панкреатите далеки от однозначного толкования. На 5–14 сутки заболевания больные некротическими формами панкреатита вступают в реактивную фазу, клиническим проявлением которой является панкреатический инфильтрат. Каждый из клинических вариантов течения панкреатогенного инфильтрата имеет свой прогноз для жизни пациента, а также требует принципиально разного по объему и срокам выполнения оперативного лечения. Существующие методы контроля над состоянием инфильтрата (пальпаторное исследование, УЗИ, КТ, МРТ) позволяют выявить осложнения, дают информацию о некоторых характеристиках – динамике размеров, наличии секвестров. Однако они не могут предсказать их развитие.

Целью данной работы явилась оценка первого опыта применения инфракрасной термометрии для прогнозирования эволюции инфильтрата при остром панкреатите.

Материал и методы. В данное исследование были включены 20 пациентов с инфильтративно-некротическим панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении МЛПУ «Городская больница №35» в 2009–2010 гг. Всем больным проводили динамическую оценку клинического течения заболевания (выраженность болевого синдрома, повышение температуры тела в вечернее и утреннее время, размеры инфильтрата, определяемые при пальпации), лабораторных показателей, УЗИ брюшной и плевральной полостей, в ряде случаев – КТ, МРТ. Локальную термометрию осуществляли серийно выпускающимся инфракрасным термометром SEM Thermodiagnosics. Измерения выполняли в эпицентре инфильтрата (основная точка), в трех других точках в проекции инфильтрата и в точке, расположенной на 3 см выше середины паховой связки ежедневно в одно и то же время утром до приема пищи. Показатели местной температуры имели значения от $32,0^\circ\text{C}$ до $35,6^\circ\text{C}$. Локальное повышение температуры более, чем на $0,7^\circ\text{C}$ в основной точке коррелировало с нарастанием признаков интоксикации, сохранением или усилением боли, отсутствием эхоскопической динамики. В данном случае имело место прогрессирование воспаления и формирование абсцесса. У нескольких больных мы наблюдали, наоборот, понижение температуры в основной точке по сравнению с контрольными. У этих пациентов эхоскопически отмечалось жидкостное образование в центре инфильтрата с однородным анэхогенным содержимым. В дальнейшем исходом было рассасывание жидкости или формирование постнекротической кисты. Прогрессирование процесса в поджелудочной железе с формированием гнойников приводит к сосудистому полнокровию, увеличению теплопродукции за счет катаболических процессов и, как следствие, к повышению местной температуры аналогично любому очагу острого воспаления. Понижение температуры в эпицентре инфильтрата связываем с формированием обширной бессосудистой зоны

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

некроза или скоплением стерильной жидкости. Измерение локальной температуры инфракрасным термометром представляется простым, доступным, безопасным, быстрым способом оценки эволюции

панкреатического инфильтрата. Метод требует более детального изучения с целью возможности его использования для оптимизации тактики лечения больных тяжелыми панкреатитами.