

плантат прилежал, наблюдалось частичное помутнение донорской роговицы в оптической зоне, острота зрения 0,08, не корригируется.

**Заключение.** При отсутствии возможности установки диагноза акантамебного кератита с использованием традиционных методов исследования (бактериоскопия, биопсия) конфокальная микроскопия явилась наиболее точным диагностическим методом, позволяющим в глубоких слоях роговицы определить

цисты акантамебы округлой формы. Это позволило верифицировать этиологию процесса.

В данном клиническом случае акантамебного кератита проведенная традиционная терапия оказалась недостаточной для излечения резистентной формы кератита. Проведенная с антисептической целью стандартная процедура кроссликинга роговичного коллагена показала положительный терапевтический эффект в виде купирования воспалительного процесса.

#### **Сведения об авторах статьи:**

**Бикбова Гузель Мухаррамовна** – к.м.н., врач-офтальмолог I микрохирургического отделения Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90. E-mail: Gbikbova@gmail.com.

**Зайнуллина Нелли Булатовна** – младший научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90. E-mail: NelliChka555@yandex.ru.

**Усубов Эмин Логман оглы** – к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения хирургии роговицы и хрусталика Уфимского НИИ глазных болезней. Адрес: г. Уфа, ул. Пушкина, 90.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Камалов, З.Г. Заболевания роговой оболочки глаза: методические указания / З.Г. Камалов, А.М. Нугуманова, Р.А. Шамсутдинова – Казань, 2005. – С.2-3.
2. Либман, Е.С. Состояние инвалидности по зрению в СССР, меры по её профилактике и снижению / Е.С. Либман, Т.А. Мелкумянц // Актуальные вопросы социальной офтальмологии: сборник научных трудов. – М., 1988. – С. 105.
3. Майчук, Ю.Ф. Терапевтические алгоритмы при инфекционных язвах роговицы / Ю. Ф. Майчук // Вестник офтальмологии. – 2000. – №3. – С. 35-36.
4. Малов, В.М. Современное состояние эффективности терапии гнойных язв роговицы / В.М. Малов, Степанов В.К. // Ерошевские чтения. – Самара, 2002. – С. 237-240.
5. Старков, Г.Л. Об эпидемиологии, профилактике и диспансеризации больных с наружными воспалительными заболеваниями / Г.Л. Старков, Р.С.Соколова // Вестник офтальмологии. – 1988. – Т. 104, № 1. – С. 3-5.
6. Donnell P.J. et al. Community care of corneal ulcers // Am. J. Ophthalmol. – 1992. – Vol. 114(5). – P. 531-538.
7. Pfister D.R., Cameron J.D., Krachmer J.H., Holland E.J. Confocal microscopy findings of Acanthamoeba keratitis // Am. J. Ophthalmol. – 1996. – Vol. 121(2). – P.129-142.
8. Vaddavalli K., Prashant Garg, Savitri Sharma, Virender S.Sanguan, Ravi Thomas Role of Confocal Microscopy in the Diagnosis of Fungal and Acanthamoeba Keratitis // Ophthalmology. – Vol 118. – N.1. –2011. – P. 29-35.
9. Yasin A. Khan, Renata T. Kashiwabuchi, Suy Anne Martins, Juan M. Castro-Comb, Sachin Kalyani, Philip Stanley, David Ffcheier, Ashley Behrens Riboflavin and UVA Therapy for Acanthamoeba Keratitis Report of 3 Cases // Ophthalmology. – Vol. 118. – N. 2. – 2011. – P 324-330.

УДК 616-08-039.71:616.37-002

© А.А. Калиев, 2012

А.А. Калиев

### **ПРИМЕНЕНИЕ САНДОСТАТИНА И МАЛЫХ ДОЗ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ТОКА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова,  
г. Актобе*

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе 63 историй болезни пациентов с травмами поджелудочной железы, лечившихся в хирургических отделениях г. Актобе с 1997 по 2011 гг. Включение сандостатина и малых доз постоянного электрического тока в комплекс лечения больных с повреждениями поджелудочной железы позволило уменьшить частоту развития посттравматического панкреатита с 79,3 до 58,8%, летальности с 20,1 до 11,8 %.

**Ключевые слова:** панкреатит, травма, сандостатин, профилактика.

A.A. Kaliyev

### **PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF POSTTRAUMATIC DESTRUCTIVE PANCREATITIS USING SANDOSTATIN AND SMALL DOSES OF DIRECT CURRENT**

The article is based upon the retrospective analysis of 63 case histories of patients with pancreas traumas who were being treated in surgical departments of Aktobe from 1997 to 2011. The usage of sandostatine and small doses of direct current allowed to decrease incidence of posttraumatic pancreatitis from 79,3% to 58,8%, lethality from 20,1% to 11,8 %.

**Key words:** pancreatitis, trauma, sandostatin, preventive measures.

В последние годы отмечается увеличение случаев травматического повреждения поджелудочной железы, что связано с учащением травматизма и хирургической активности при операциях на органах брюшной полости.

В настоящее время частота травматических повреждений поджелудочной железы составляет при закрытых 1-3%, а при открытых травмах живота 6%. Изолированные повреждения поджелудочной железы редки и являются причиной летальности в 3-9% случаев [1,3,4]. В случае развития посттравматического панкреатита, особенно её деструктивной формы, прогноз заболевания значительно ухудшается [4,6,8,9]. Соотношение открытых и закрытых повреждений поджелудочной железы варьирует в различных странах. Например, в США открытые травмы поджелудочной железы составляют 60-80 %, в России открытые травмы встречаются в 30%, в Германии в 10% от всех повреждений поджелудочной железы [2,3].

В связи с увеличением числа повреждений поджелудочной железы растет и количество посттравматических панкреатитов, что указывает на необходимость адекватной хирургической тактики и послеоперационной интенсивной терапии [3,5,6].

**Целью работы** является оценка эффективности применения постоянного электрического тока (ПЭТ) в малых дозах (20-25мкА) и препарата сандостатин у больных с различными травмами поджелудочной железы для профилактики и лечения посттравматического панкреатита.

#### **Материал и методы**

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе 43 историй болезни пациентов с травмами поджелудочной железы, лечившихся в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи и МЦ ЗКГМА имени М. Оспанова г. Актобе с 1997 по 2011 гг. Больные разделены на две группы: первая (контрольная) группа – 29 пострадавших с травмами поджелудочной железы, оперированных в период с 1997 по 2001 гг. Вторая (основная) группа, состоящая из 34 пострадавших с травмами поджелудочной железы, оперированных в период с 2002 по 2011 гг. Всем больным с травматическим повреждением поджелудочной железы и возникшими осложнениями проводили комплексное консервативное лечение, включающее инфузионно-корректирующую терапию с ингибиторами протеаз, антибиотики широкого спектра действия. В основной группе по сравнению с

контрольной в комплексном лечении с целью профилактики осложнений использовали ПЭТ в малых дозах (20-25мкА), который оказывает противовоспалительное действие и стимулирует регенеративные процессы [7], и препарат сандостатин («Новартис», Швейцария) – синтетический октапептид, аналог человеческого гормона соматостатина, являющийся мощным ингибитором экзокринной секреции поджелудочной железы. Сандостатин вводили в послеоперационном периоде по 100 мкг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Положительный электрод постоянного электрического тока устанавливался в эпигастральную область, а отрицательный электрод – в поясничную область. Сила вводимого тока 20-25мкА, а плотность тока под анодом составила 0,05-0,1 мА/см<sup>2</sup>. Длительность лечения постоянным электрическим током составляла ежедневно 2 раз в день в течение 60 минут. В обеих группах больные сопоставимы по полу, возрасту и тяжести состояния на момент поступления в клинику. Возраст больных колебался от 17 до 57 лет. Причем анализ возрастной структуры выявил заметное преобладание больных наиболее трудоспособного возраста (до 45 лет). Из них 48 (76,2%) мужчин и 15 (23,8%) женщин. Методы диагностики были аналогичными в обеих группах. Статистическую обработку результатов проводили с использованием критерия Стьюдента.

#### **Результаты и обсуждение**

Наиболее частыми причинами повреждения поджелудочной железы были закрытые травмы живота – у 33 пациентов (52,3%). Колото – резаные ранения встречались у 30 пациентов (47,7%). Изолированное повреждение поджелудочной железы обнаружено у 15 (23,8%) пострадавших, а в остальных случаях отмечалось сочетание с повреждениями других паренхиматозных и полых органов брюшной полости. Из них у девяти пострадавших (14,2%) отмечались сочетания повреждений нескольких органов брюшной полости. Среди травм органов брюшной полости преобладали повреждения селезенки у 17 (26,9%), желудка – у 14 (22,2%), тонкой кишки – у 9 (14,2%), брыжейки кишечника – у 4 (6,3%), левой почки – у 2 (3,2%). При торакоабдоминальных ранениях у четырех пострадавших (6,3%) повреждения поджелудочной железы сопровождалось повреждением диафрагмы и большого сальника. Наиболее часто отмечено повреждение головки поджелудочной железы, что установлено у 20 пострадавших, тела – у 12, хвостатой части – у 17, головки и тела – у 14.

Объем, хирургическую тактику и способ завершения операции определяли дифференцированно с учетом характера и локализации повреждений, степени разрушения железистой структуры, вида и тяжести сочетанных травм. При повреждениях паренхимы железы без нарушения целостности протоковой системы производили ушивание раны и адекватное дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, брюшной полости (в нашем случае 38 пострадавших). У двух больных в связи повреждением панкреатического протока в хвостатой части поджелудочной железы выполнена корпокаудальная резекция. У 23 больных с ушибами и подкапсульной гематомой произведены опорожнение гематомы, тампонирование и дренирование сальниковой сумки. Основным показанием к тампонированию сальниковой сумки и поврежденного участка поджелудочной железы считали ненадежный гемостаз при паренхиматозном кровотечении. При локализации повреждений в проекции головки поджелудочной железы оперативные вмешательства завершены превентивной холецистостомией. У больных контрольной группы послеоперационный панкреатит развился у 23 (79,3%), из них 12 (41,4%) пациентам потребовалась повторная операция в связи с возникновением деструктивной формы. В основной группе панкреатит развился у 20 (58,8%), из них 8 (23,5%) пациентов оперированы повторно по поводу панкреонекроза.

Объем повторных операции при развитии деструктивного панкреатита заключался в оментопанкреатобурсостомии, люмботомии слева и сквозном дренировании сальниковой сумки. В дальнейшем в зависимости от тече-

ния гнойно-воспалительного процесса производились от 1 до 4 санаций сальниковой сумки. В первой группе умерло 6 (20,1%), во второй – 4 (11,8%) человека. Основными причинами смерти больных явились: шок – у 3 пациентов, нарастание интоксикации на фоне гнойно-септических осложнений – у 7 пациентов. Различия показателей контрольной и основной групп достоверны при  $p < 0,05$ .

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать вывод, что травмы поджелудочной железы сочетаются с множественными повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, отличаются сложностью диагностики, характеризуются большим числом послеоперационных осложнений и высокой летальностью. Включение сандостатина и малых доз ПЭТ в комплекс лечения больных с повреждениями поджелудочной железы позволило достоверно уменьшить частоту развития посттравматического панкреатита с 79,3 до 58,8%, летальности с 20,1 до 11,8%. Наиболее эффективно подключение сандостатина и малых доз ПЭТ сразу же после обнаружения повреждения поджелудочной железы, при этом чем раньше начинается профилактика развития панкреатита, тем меньше осложнений возникает в послеоперационном периоде.

Индивидуальный подход в выборе рациональной хирургической тактики, адекватная хирургическая коррекция, более раннее применение сандостатина и малых доз ПЭТ в комплексе проводимой терапии являются реальными путями улучшения результатов лечения больных с повреждениями поджелудочной железы.

#### Сведения об авторе статьи:

**Калиев Асет Аскерович** – ассистент кафедры хирургических болезней №2 Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени М. Оспанова. Адрес: 030019, г. Актобе, ул. Маресьева, 68. Тел. 8(7132) 77-60-09. E-mail: aset\_kaliyev@mail.ru

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев, С.А. Тактика хирургического лечения при повреждениях поджелудочной железы / С.А. Алиев // Вестник хирургии. – 2004. – № 4. – С. 33-38.
2. Бебуришвили, А.Г. Клиническая эффективность сандостатина и октреотида в хирургической панкреатологии / А.Г. Бебуришвили, С.В. Михин, Е.Г. Спиридонов // Хирургия. – 2002. – № 10. – С. 50-52.
3. Боженов, Ю.Г. Профилактика панкреатита при повреждении поджелудочной железы / Ю.Г. Боженов, С.А. Шалин // Хирургия. – 2003. – № 2. – С. 49-52.
4. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р.В. Ващенко [и др.] – СПб.: Питер, 2000. – 309 с.
5. Демидов, В.А. Лечение травм поджелудочной железы / В.А. Демидов, Д.Л. Челюков // Хирургия. – 2009. – №1. – С. 30-32
6. Ким, В.Л. Оптимизация лечения острого деструктивного панкреатита / В.Л. Ким, М.Ш. Хакимов // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – № 1. – С. 72-76.
7. Липатов, К.В. Использование физических методов в лечении гнойных ран / К.В. Липатов, М.А. Сопроматдзе, А.Ю. Емельянов, И.Д. Канорский // Хирургия. – 2001. – № 10. – С. 56-59.
8. Хижняк, А.А. Новый подход к интенсивной терапии травмы поджелудочной железы и посттравматического панкреатита при политравме / А.А. Хижняк, Ю.В. Волкова, Е.Л. Борисова // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 5(12) – С. 55-59.
9. Carrel T., Lerut J., Niederhauser U. et al. Diagnostic et traitement des lésions traumatiques du duodenum et du pancreas. J Chir 1990; 127: 438-444.