Всего осложнения наблюдались у 8 больных (25,8 %).

Послеоперационные осложнения при сформированных ПНК были следующими: несостоятельность цистознтероанастомоза на кишечной петле — 1; рецидив кисты в связи с закрытием гастроцистоанастомоза — 1.

Всего наблюдалось осложнений у двух больных (11,8 %). Летальных случаев в послеоперационном периоде при сформированных ПНК не было.

Таким образом, на основе нашего небольшого опыта хирургического лечения больных с различными ПНК поджелудочной железы, возникающих на фоне ДП, можно сделать следующие выводы:

1. Наиболее перспективным считаем «малоинвазивные» способы лечения несформированных ПНК (чрезкожная пункция кист и их дренирование) под контролем УЗИ брюшной полости и компьютерной томографии.

2. Оперативные вмешательства у больных со сформированными ПНК необходимо производить, по возможности радикально, или строго по показаниям к моменту формирования ПНК.

**А.М. Сухоруков, А.Е. Попов, С.В. Маслов, Л.М. Менделева, И.А. Прусов, В.В. Левин,
А.А. Поздняков**

ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

**ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Красноярск)
МУЗ ГКБ № 20 (г. Красноярск)**

Несмотря на широкое внедрение «малоинвазивных» технологий в лечение деструктивных форм острого панкреатита «... до сих пор продолжают споры о лечебной тактике, вызванные отсутствием единой классификации и диагностическо-тактического алгоритма» (Толстой А.Д. с соавт., 2005).

В клинике хирургических болезней ИПО КрасГМА на базе МУЗ ГКБ № 20 за период с 2002 по 2006 гг. на лечении находилось 2 485 больных с острым панкреатитом, из которых у 107 больных (4,3 %) верифицирован острый деструктивный панкреатит (ОДП). В лечении панкреонекроза придерживались следующей тактической схемы. Диагноз деструктивного варианта заболевания подтверждался УЗИ, визуальной картиной при диагностической и лечебной видеолапароскопии, данными КТ. Скрининговое УЗ-исследование у пациентов в клинико-биохимическими показателями острого панкреатита позволяет определить наличие, количество и локализацию экссудата в брюшной полости, сальниковой сумке, забрюшинном пространстве, обосновать схему установки трубчатых дренажей при лечебной лапароскопии, необходимость рассечения желудочно-толстокишечной связки. Последующее видеолапароскопическое исследование брюшной полости у всех больных с клиникой деструктивного панкреатита позволяет дифференцировать ферметативный асцит-перитонит от «бактериального» перитонита и эффективно пролечить большинство пациентов с картиной деструкции железы без «открытых» операций, предотвращая, таким образом, неминуемое инфицирование зон асептического воспаления. Компьютерное томографическое исследование зоны поджелудочной железы и забрюшинного пространства по поводу неотложных состояний пока недоступно к выполнению в ночное время, но является обязательным в максимально возможно ранние сроки (в первые 24 — 48 часов) у пациентов с клиникой ОДП. Оно позволяет с высокой точностью оценить как степень деструкции в самой железе (в совокупности с данными УЗИ), так и распространение зоны ферментативного «пропитывания» забрюшинной клетчатки, что при динамическом КТ-контроле позволяет прогнозировать развитие и распространенность «поздних» гнойных осложнений и определить оптимальные хирургические доступы.

Следует отметить, что «динамическая» КТ (от 2 до 5 за период лечения у пациентов с ОДП) более соответствует требованию «профилактики» инфицирования зон некрозов, чем установка «абдоминопорта» в сальниковую сумку при «динамической» лапароскопии. Кроме того, последняя не позволяет оценить степень прогрессирования зон деструкции по периферии железы (тело, хвост) и задней поверхности органа.

Расширение возможностей медикаментозной терапии (октреопид, препараты группы омепразола, антибиотики резерва — карбопенемы, ингибиторы протеолиза нового поколения, иммунокорректоры, методы экстракорпоральной детоксикации) в совокупности с эндоскопическими методами удаления из брюшной полости ферментативного экссудата, позволяют значительно сократить число пациентов нуждающихся в «открытых» операциях и проводить вмешательства преимущественно по поводу «изолированных» гнойных процессов путем выбора оптимального доступа (минилапаротомия, люмботомия). Развитие распространенных гнойных осложнений в виде «бак-

териального» перитонита и забрюшинной флегмоны вынуждает проводить широкое вскрытие брюшной полости и забрюшинного пространства «поперечной» или срединной лапаротомией с широкой марсупилизацией сальниковой сумки, двухсторонней люмботомией и установкой широких проточных дренажей.

Применяя такую тактику, удалось избежать «открытых» операций у 75 пациентов с ОДП в первые две недели заболевания. Это позволило существенно сократить число гнойных осложнений, которые развились лишь у 17 пациентов (22,6 %) этой группы. В тоже время из 31 больного с ОДП, прооперированных в «ранние» сроки, гнойные осложнения развились у 14 пациентов (45,2 %). Всего из 107 больных с ОДП умерло 20 (18,9 %).

Таким образом, поиск оптимальной тактики при ОДП продолжается. Во многом он зависит от материально-технического оснащения хирургического отделения и экстренной бригады хирургов. Практически ведение каждого пациента с ОДП требует индивидуального подхода и применения всего арсенала современных консервативных средств и высокотехнологических хирургических методов. Длительное пребывание пациентов с ОДП в отделении реанимации и палатах интенсивной терапии подчеркивает экономическую сторону проблемы и так же заставляет оптимизировать тактические решения.

В.П. Сухоруков*, О.В. Спинева**

**ПЕРФТОРАН – СРЕДСТВО ПОТЕНЦИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОЙ И ПОДОСТРОЙ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ
С ПРОДОЛЖАЮЩИМСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

**ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава» (г. Киров)*

***ГУЗ «Центральная районная больница» (с. Бичура, Республика Бурятия)*

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать алгоритм подготовки к экстренному переливанию и схему применения перфторана, оценить эффекты перфторана при инфузионно-трансфузионном лечении острых и подострых массивных кровопотерь с продолжающимся кровотечением.

Контингент пациентов: 55 больных с острой и подострой массивной кровопотерей и продолжающимся кровотечением, поступивших в Бичурскую ЦРБ Республики Бурятия в 2001 – 2006 годах. При хирургическом лечении 25 пациентов в схемы инфузионно-трансфузионного обеспечения включался перфторан (до 400 мл).

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Разработан инструктивно детерминированный алгоритм экстренного применения перфторана. Для обеспечения возможности экстренного переливания замороженный перфторан предварительно медленно оттаивали при комнатной температуре, осторожно перемешивали и затем хранили в бытовом холодильнике при температуре + 4° С до 2 недель. При необходимости экстренного переливания размороженный перфторан извлекали из холодильника, согревали при комнатной температуре, осторожно перемешивали и после оценки качества препарата переливали реципиенту.

2. Разработанная схема инфузий перфторана включала их назначение только при остановленном кровотечении, проведении пробы на реактогенность (пульсоксиметрия), создании фоновой гемодилиции и высокой оксигенации организма. Перфторан переливали отдельной стандартной системой, не допуская смешивания препарата в переливающей системе с коллоидными кровезаменителями. Размороженный перфторан, не использованный в течение 2 недель, подвергали повторному замораживанию (до 5 раз).

3. Установлено, что наиболее яркими эффектами применения перфторана были: стабилизация гемодинамики, исчезновение необходимости в инотропной поддержке дофамином, интенсификация диуреза, повышение парциального напряжения кислорода в артериальной крови до 200 мм рт. ст. и более, снижение общего объема интраоперационной инфузионной терапии, стабилизация состояния больного при существенно более низких показателях содержания в крови гемоглобина, нормализация КЩС крови. Полученные данные позволили прийти к заключению, что включение инфузий перфторана в схемы инфузионно-трансфузионной терапии острых и подострых массивных кровопотерь повышает толерантность организма к постгеморрагической анемии.

Выводы исследования верифицировались статистически.