

направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение; в случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-B необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления; операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции; в том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возрасты, тяжелая сопутствующая патология), возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем; плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Зубрицкий В. Ф., Забелин М. В., Покровский А. К., Майоров А. В.

Государственный институт усовершенствования МО РФ, Москва

**Цель работы:** определение прогностической ценности С-реактивного белка (СРБ) и гаптоглобина (ГБ) в диагностике гнойных осложнений у больных панкреонекрозом (ПН).

**Материал и методы.** Нами проведено исследование концентрации СРБ и ГБ у 37 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Мужчин было 23 (62,16 %), женщины – 14 (37,84 %). Средний возраст составил 43 года. Уровень СРБ и ГБ определяли в плазме крови на 1-е, 5-е, 7-е, 9-е, 11-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки от начала заболевания. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа составила 18 пациентов с ПН, у которых на фоне проведенной комплексной интенсивной терапии не было зарегистрировано гнойных осложнений. Во вторую группу были включены 19 больных ПН, у которых на 7–14-е сутки после начала заболевания были выявлены различные гнойно-септические осложнения деструктивного панкреатита.

**Результаты исследования.** У больных первой группы отмечался рост уровня СРБ с максимальным значением к 3-м суткам заболевания с последующим снижением и нормализацией к 5–6-м суткам. Значение ГБ прогрессивно нарастало к 5-м суткам с последующей нормализацией к 10–12-м суткам. Во второй группе больных отмечалось повышение уровня СРБ к 4–5-м суткам с последующим снижением к 12–14-м суткам. Значение ГБ прогрессивно нарастало, достигая максимальных значений к 11–14-м суткам, затем снижалось после выполнения санации гнойно-септического очага.

**Выводы.** Таким образом, сохранение высокого уровня СРБ и ГБ у больных ПН имеет высокую прогностическую ценность в диагностике гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита. При этом значение СРБ выше 60 мг/л с 5-х суток заболевания, а также отсутствие снижения уровня ГБ после 5 суток является прогностическим критерием высокого риска развития гнойных осложнений ПН.

## К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Истомин Н. П., Кейян С. В., Агапов К. В., Егоров М. С.

ФГОУ ИПК ФМБА России, Москва

Клиническая больница 119 ФМБА России, Москва

**Цель:** изучение особенностей течения панкреонекроза и выбора хирургической тактики.

**Материалы и методы.** Проведен анализ лечения 72 пациентов с различными формами панкреонекроза, лечившихся в ЛПУ ФМБА России с 2002 по 2008 г. При поступлении в ЛПУ больным выполнялось клиническое обследование, УЗИ, КТ или СКТ органов брюшной полости. При наличии признаков панкреонекроза показана лечебно-диагностическая лапароскопия. Диагноз панкреонекроза ставили на основании увеличения активности индикаторных ферментов в крови на порядок, наличия достоверных лапароскопических признаков. При подозрении на наличие признаков гнойного поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки выполняли «открытые» и «полукрытые» оперативные вмешательства. Корректный диагноз устанавливался в течение первых двух суток пребывания больного в стационаре.

**Результаты.** При выявлении групп больных мы использовали классификацию, основу которой составляют рекомендации Международной конференции по острому панкреатиту (1992) и IX Всероссийского съезда хирургов (2000).

Из исследованной группы пациентов стерильные формы панкреонекроза составили 47 (65,3 %), инфицированные – 25 (34,7 %). Выполнены «открытые» дренирующие операции 34 пациентам (11 из них перед лапароскопией выполнена диагностическая лапароскопия), 5 пациентам выполнены «полукрытые» операции, 17 пациентам выполнены «закрытые» операции, 16 пациентам проводилось консервативное лечение с различной эффек-

тивностью. Летальных исходов зарегистрировано 12, из них 10 – от панкреатогенного шока, 2 – от массивного аррозивного кровотечения.

**Выводы.** Основу тактики хирургического лечения панкреонекроза должен составлять принцип дифференцированного подхода к проведению транскутанных и «традиционных» дренирующих операций в зависимости от патоморфологической картины заболевания, результатов лабораторного и инструментального обследования, интегральной оценки степени тяжести состояния больных.

## ВЫБОР МАРКЕРОВ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Кемеров С. В., Степня Д. А., Талецкий А. В.

НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Северск

**Цель работы.** Выбор маркеров контроля над состоянием организма больного хирургической инфекцией в процессе комплексного лечения.

**Материал и методы.** Анализ результатов лечения 1100 больных острым распространенным гнойным перитонитом, клинико-лабораторных и инструментальных исследований с уровнем достоверности не ниже 0,05. Для оценки прогноза применяли индекс АРАСНЕ II и МИП (Мантейгейский перитонеальный индекс) и др.

**Результаты.** Клиническая оценка показателей мониторинга основных жизненно важных функций органов и систем организма позволила выбрать следующие: состояние функции желудка, кишечника и брыжжи; функции системы микрогемодиализации, головного мозга, почек, печени, легких и устранение патологических симптомов и синдромов. Параллельно с восстановлением функции органов и систем организма мы контролировали нормализацию показателей системы гемостаза и гомеостаза. Для этого мы выбрали информативные клинические (АД, ЧСС, ЦВД, термометрия, состояние сознания и адекватность больного, почасовой диурез, количество отделяемого по дренажам и зондам, состояние микроциркуляции), лабораторные и инструментальные (интегральный тромбозаграфический индекс; состояние водно-электролитного и кислотно-основного баланса; гемограмма) показатели.

**Выводы.** Ежедневный клинический минимум маркеров включает данные объективного осмотра больного и показатели АД, ЧСС, термометрии, суточного диуреза, количество и характер патологического отделяемого по зондам и дренажам, индекс состояния микроциркуляции в области ногтевых пластинок. Ежедневный лабораторный минимум составляет: содержание гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, ЛИИ, состояние протенирии, водно-электролитный и кислотно-основной баланс организма. Другие исследования по показаниям. Интегральный индекс тромбозаграфии четко отражает состояние и направленность системы гемостаза и фибринолиза.

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ТРАДИЦИОННЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЕКТОМИЯХ

Коновалов А. А., Баранов А. И., Алексеев А. М., Валуцких Ю. В.

М.ПШУ Городская клиническая больница № 1, ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, Новокузнецк

**Введение.** Операции, выполняемые по поводу острого аппендицита, являются наиболее распространенными в практике неотложной хирургии. Внедрение малоинвазивных доступов позволяет улучшить качество лечения больных. Однако отдельные стороны лапароскопической аппендектомии до настоящего времени остаются спорными.

**Материалы и методы исследования.** В МПШУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка с августа 2005 г. по август 2008 г. выполнено 686 операций по поводу острого аппендицита: из них 467 (68,1 %) лапароскопических, 196 (28,5 %) традиционных операций и 23 (3,4 %) видеоассистированных аппендектомий. Возраст пациентов от 15 до 82 лет, средний возраст 32,7 года. Лапароскопическая аппендектомия выполнялась из трех портов, брыжеечка червеобразного отростка обрабатывалась с использованием биполярной коагуляции. На основании червеобразного отростка в 236 операциях накладывалась 1 лигатура, в 139 – 2 лигатуры, в 61 – 2 эндопетли и в 26 – 1 эндопетля. На 4 операциях проведено погружение культи отростка в кисетный шов эндоскопическим этапом, что связано с изменениями купола слепой кишки и на 1 – клипирование культи. Наиболее часто применялся способ обработки слизистой культи червеобразного отростка монополярной коагуляцией – 340 (72,8 %) операций, в 122 (26,1 %) – биполярная обработка, в 5 (1,1 %) – комбинация способов.

Противопоказаниями к лапароскопической аппендектомии являлись: 1) распространенный перитонит; 2) инфильтрат купола слепой кишки; 3) перфорация червеобразного отростка вблизи его основания; 4) плотный аппендикулярный инфильтрат; 5) выраженный спаечный процесс илеоцекальной области.