

Овсяник А.В., Турута Я.Д.

**МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ КИШЕЧНОЙ ТРАНСЛОКАЦИИ
У ПАЦИЕНТОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Тарасенко А.В.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Частота разнообразных инфекционных осложнений у больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) колеблется в широких пределах – от 40 до 70%. Так, смертность при ОДП гораздо выше, чем при интерстициальном панкреатите, особенно в стадии гнойно-септических осложнений, летальность при которых варьирует от 20 до 85,7%. По мнению ряда исследователей, «ранние токсемические» и «поздние септические» проявления панкреатита сопровождаются полиорганной недостаточностью и являются основной причиной фатальных осложнений у этой категории больных.

Цель: целью данного исследования явилась разработка способов интраоперационной профилактики и лечение гнойно-септических осложнений и бактериальной кишечной транслокации у пациентов с ОДП.

Материалы и методы. Для профилактики гнойно-септических осложнений и бактериальной кишечной транслокации у 14 (51,85%) пациентов 1 группы (основная) интраоперационно в 5-6 точек под брюшину, покрывающую поджелудочную железу, отступая на 1-1,5 см от верхнего и нижнего края, в корень брыжейки поперечно-ободочной и тонкой кишок, в большой сальник вводилось 300-400 мл 0,9% раствора NaCl с добавлением 2,0 цефтриаксон и 12 мг полиоксидония и последующей канюляцией микроирригатором брыжейки тонкой кишки с последующим введением лекарственных средств 1 раз в сутки в течение 4-5 дней проводились в послеоперационном периоде. Вторую группу (контрольную) составили 13 пациентов (48,15%), которым проводили стандартные методы лечения. Тяжесть пациентов обеих групп оценена по шкале APACHE II. Статистическую обработку осуществляли с использованием пакета статистических программ STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение. При анализе результатов лечения у 14 пациентов 1 группы с применением предложенных способов установлено уменьшение числа абсцессов сальниковой сумки, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки в 2,1 раза ($\chi^2 = 4,2$; $p = 0,0405$), развитие перитонита – в 2,9 раза ($\chi^2 = 12,42$; $p = 0,00042$), число флегмон забрюшинной клетчатки в 1,8 раза ($\chi^2 = 6,93$; $p = 0,0085$), при сравнении с пациентами контрольной группы.

Хотя общее количество оперативных вмешательств достоверно не отличалось в обеих группах ($\chi^2 = 0,19$; $p = 0,67$), число транскутанных пункционно-дренирующих операций у пациентов 1 группы отличалось в 1,7 раза ($\chi^2 = 4,4$; $p = 0,036$). Также у пациентов 1 группы число видеолaparоскопических санаций и дренирований брюшной полости составило 34,9% (или 48,3% от всех выполненных вмешательств). У пациентов 1 группы в 1,6% случаев были использованы операции из мини-доступа с применением набора «Видеоассистент «Лига-7». Послеоперационная летальность составила 16,8% ($\chi^2 = 5,82$; $p = 0,0152$). Произошло снижение общей и послеоперационной летальности – в 1,3 и 1,5 раза соответственно.

Выводы. Применение методик интраоперационной профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и бактериальной кишечной транслокации у пациентов с ОДП сопровождалось снижением развития абсцессов, перитонита и флегмон забрюшинной клетчатке в 2,1; 2,9 и 1,8 раза соответственно, что отразилось, как на снижении общей и послеоперационной летальности.