

сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 19 (2,4 %) — язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с кровотечением *F-I-A* оперированы после короткой предоперационной подготовки в экстренном порядке. При наличии кровотечения *F-I-B* проводилась гемостатическая терапия, как медикаментозная, так и эндоскопическая. При неэффективности консервативного лечения (в течение 6 часов), пациентам предлагалось выполнение экстренной операции. Если через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения (*F-II-A*, *F-II-B*,) пациентам с длительным язвенным анамнезом настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (*F-II-C*) больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Из 782 пациентов оперировано 345 (44,1 %). В том числе экстренно — 46, в срочном порядке оперировано 128 пациентов.

Послеоперационная летальность составила 3,8 % больных. В том числе 9 пациентов, оперированных на фоне рецидивного кровотечения. Послеоперационные осложнения имели место у 12,2 %. Средний койко-день после операции составил $19,5 \pm 3,3$ сут.

Таким образом, считаем, что при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, 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 возраст, 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.

В.Г. Круглов, А.П. Кошель

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)*

Несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза острого панкреатита, внедрение современных технологий лечения, летальность при деструктивных формах заболевания сохраняется на уровне 20—30 % и более.

Цель исследования: поиск оптимальной тактики и выбор способа лечения острого панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1990 по 2011 г. под нашим наблюдением находился 1561 больной с острым панкреатитом, в том числе 705 мужчин и 856 женщины в возрасте от 21 до 80 лет. Средний койко-день составил 14,3 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1341 (85,9 %) больных, деструктивные — у 220 (13,3 %) (в том числе геморрагический панкреонекроз — 118 (53,6 %) и жировой — 102 (46,4 %)). В диагностике использовали общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. Оценка тяжести состояния больных при поступлении проводилась по шкале Ranson.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При наличии отечной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3-х пациентам назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандастатин), парентеральные формы H_2 блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания — назначали нутри-

тивную поддержку (зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями). Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4-х баллов), на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 204 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,7 %.

До 1999 г. методом выбора хирургического лечения была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование. С 2000 г. в лечении деструктивного панкреатита широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (4-я трубками в стандартных точках). Показанием к выполнению лапароскопии в динамике было: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 92 (41,8 %) пациентов, малоинвазивные вмешательства — у 128 (58,2 %).

После лапароскопических вмешательств умерло 22 (17,2 %) больных, после «открытых» — 35 (38,04 %). Общая летальность с диагнозом «панкреатит» составила 4,8 %, послеоперационная — 25,9 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых — малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов

ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Махачкала)

ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий существенно изменило подходы к лечению больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Важнейшими аргументами для вынесения суждения о преимуществах или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели оперативной летальности и осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезнью у лиц старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наш опыт применения различных доступов у 131 пациента старческого возраста (75 лет и выше) с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями: лапароскопическая холцистэктомия — 44, холецистэктомия из мини-доступа — 42, традиционная холецистэктомия — 45, показывает, что многие интра- и послеоперационные осложнения характерны как для миниинвазивных операций, так и оперативных вмешательств, выполненных из широкой лапаротомии. Среди 7 (16,1 %) осложнений, которые наблюдались при лапароскопической холцистэктомии, интраоперационные осложнения отмечены у 2-х (4,6 %) пациентов, послеоперационные — у 5 (11,5 %). При использовании холецистэктомии из мини-доступа, осложнения во время операции наблюдали у 2-х (4,7 %) больных, ранние послеоперационные — у 3-х (7,0 %). При традиционной холецистэктомии общее число осложнений составило 26,6 % (12) случаев. Из них интраоперационные осложнения наблюдали у 3-х (6,6 %) оперированных, послеоперационные — у 9 (20,0 %).

Местные интраоперационные осложнения в анализируемых группах больных встречались одинаково часто и составили при лапароскопической холцистэктомии — 4,8 %, холецистэктомии из мини-доступа — 4,9 % и при традиционной холецистэктомии — 5,0 %. Общие осложнения нами отмечены при лапароскопической холцистэктомии у 1,7 % пациентов, при холецистэктомии из мини-доступа и традиционной холецистэктомии этот показатель составил 0,9 % и 1,8 % соответственно в каждой группе. Наибольшее число послеоперационных осложнений наблюдали у пациентов, перенесших оперативное вмешательство