

Таким образом, на основании изучения отдаленных результатов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом установлено, что приемлемый (отличный, хороший и удовлетворительный отдаленный результат операции) получен у 92 больных (83,6%), неудовлетворительный результат установлен у 18 пациентов (16,4%).

Самые лучшие результаты по видам операций получены после дуоденоцистосигмостомии, левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы, панкреатоеюностомии и цистодуоденостомии. Наиболее неудовлетворительный результат отмечен после наружного дренирования кисты поджелудочной железы (78,6%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибегов Р.А., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Ефимкин А.С. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 180.
2. Ачкасов Е.Е., Калачев С.В., Каннер Д.Ю., Александров Л.В., Каменева А.В. Тактика лечения больных хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 182–183.
3. Блажитко Е.М., Добров С.Д., Штофин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С. Выбор способа операции при хроническом панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 185–186.
4. Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С. Комплексное хирургическое лечение хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 189.
5. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Климова Н.В. Хирургическая тактика при первичном хроническом панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 194–195.
6. Джоробеков А.Д., Султаналиева Т.А., Акылбеков И.К., Аталиев К.Б., Алапаев А.Ш. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 196.
7. Кадоцук Т.А., Кадоцук Р.А., Полищук З.В. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 199–200.
8. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скипенко О.Г., Доскалчев Ж.А., Воскресенский О.В. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита // *Хирургия*. — 1993. — № 4. — С. 28–33.

Поступила 17.02.2006

УДК: 616.37-002-036.12-089-06-084

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Барат Али, Ю.Б. Мартов

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены результаты профилактики ранних послеоперационных осложнений у 156 больных хроническим панкреатитом, перенесших различные оперативные вмешательства (длительность лечения в стационаре, число и тяжесть послеоперационных осложнений). Установлена эффективность использования овомина в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: хронический панкреатит, средний койко-день, послеоперационные осложнения.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF PATIENTS WITH A CHRONIC PANCREATITIS

Barat Ali, U.B. Martov

Gomel State Medical University

Results of preventive maintenance of early postoperative complications at 156 patients with the chronic pancreatitis who has transferred various operative interventions (duration of treatment in a hospital, number and weight of postoperative complications) are investigated. Efficiency of use of omeprazole in the early postoperative period is established with the purpose of preventive maintenance of postoperative complications.

Key words: chronic pancreatitis, average berth-day, postoperative complications.

Введение

Хронический панкреатит — одно из тяжелых хирургических заболеваний, наиболее часто поражающих лиц молодого трудоспособного возраста. По степени сложности вопросы диагностики и лечения этого недуга в абдоминальной хирургии занимают одно из первых мест [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Неуклонный рост в последние годы числа больных хроническим панкреатитом, большое количество послеоперационных осложнений, высокая послеоперационная летальность и неудовлетворенность послеоперационными результатами лечения обуславливают актуальность и социальную значимость изучения проблем лечения хронического панкреатита. Не менее существенную проблему в лечении хронического панкреатита и улучшении отдаленных результатов оперативного лечения представляет профилактика ранних послеоперационных осложнений [1, 6, 7].

Материал и методы

Изучение эффективности профилактики ранних послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу хронического панкреатита, проведено у 156 больных.

Мужчин было 132, женщин — 24. Возраст пациентов от 25 до 78 лет. Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 87 (55,8%) оперированных больных, которым профилактика в послеоперационном периоде не проводилась. Мужчин было 75, женщин — 12. Вторую группу составляли 69 больных (44,2%), которым в послеоперационном периоде с целью профилактики ранних послеоперационных осложнений вводили овомин. Мужчин было 57, женщин — 12.

С целью профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде пациенты получали внутривенно овомин. Сразу после завершения операции больному в реанимационном отделении вводили овомин в дозе 120000 АТ. Затем в течение 5–6 суток продолжали внутривенное введение овомина в дозе 60000 АТ каждые 4 часа.

Результаты и обсуждение

Первую группу составили 87 (55,8%) оперированных больных, которым овомин в послеоперационном периоде не вводился. Перечень выполненных основных (на поджелудочной железе) операций у больных первой группы представлен в таблице 1.

Таблица 1

Виды основных хирургических вмешательств на поджелудочной железе у больных первой группы и длительность пребывания в стационаре

Название операции	Число оперированных больных	Профилактика овоминотом не проводилась	Длительность лечения	Профилактика овоминотом проводилась	Длительность лечения
Дуоденоцистостомия	4	2	17,5±0,7	2	19,0±1,0
Цистодуоденостомия	29	14	20,8±2,5	15	13,6±1,7
Цистогастростомия	24	12	21,0±2,2	12	16,1±1,6
Цистоеюностомия	4	3	26,0±2,8	1	—
Цистэктомия + Цистоментопексия	6	5	20,2±2,3	1	—
Наружное дренирование кисты	20	18	28,0±3,5	2	24,0±2,7
Панкреатогастростомия	4	2	20,5±1,5	2	16,5±1,2
Панкреатоеюностомия	41	20	19,8±2,3	21	14,2±1,3
Левосторонняя резекция ПЖ	19	10	21,1±1,9	9	21,1±2,4
Операции при наружных свищах ПЖ	5	1	—	4	—
ВСЕГО	156	87 (55,8%)	22,7±2,6	69 (44,2%)	16,6±1,8

Как видно из таблицы 1, дуоденоцистостомия произведена у 2 пациентов, длительность их пребывания в стационаре составляла в среднем 17,5±0,7 койко-дня. Дуоденоцистостомия выполнена у 14 больных, длительность их пребывания в стационаре

достигала в среднем 20,8±2,5 койко-дня. Цистогастростомия выполнена у 12 больных, длительность лечения в стационаре — 21,0 ± 2,2 койко-дня. Цистоеюностомия произведена у 3 пациентов, средняя длительность лечения в стационаре этих больных со-

ставляла $26,0 \pm 2,8$ койко-дня. Иссечение кисты поджелудочной железы и цистоментопексия выполнена у 5 больных, длительность их лечения в стационаре в среднем составляла $20,2 \pm 2,3$ койко-дня. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы произведено у 18 пациентов, длительность пребывания этих больных в стационаре в среднем достигала $28,0 \pm 3,5$ койко-дня. Панкреатогастростомия произведена у 2 больных, длительность их лечения в стационаре достигала в среднем $20,5 \pm 1,5$ койко-дня. Панкреатоеюностомия произведена у 20 пациентов, при этом длительность их пребывания в стационаре составляла в среднем $20,5 \pm 2,3$ койко-дня. Резекция тела и хвоста поджелудочной железы произведена у 10 больных. Длительность их лечения в стационаре составляла в среднем $21,1 \pm 1,5$ койко-дня.

По всей первой группе в среднем длительность лечения оперированных пациентов в стационаре составляла $22,7 \pm 2,3$ койко-дня.

В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 13 пациентов (14,9%). У 5 больных на фоне обострения панкреатита сформировался абсцесс брюшной полости, потребовавший повторного вмешательства, у 3 больных развился деструктивный панкреатит, еще 2 больных были оперированы по поводу послеоперационной ранней кишечной непроходимости. Подкожная эвентрация развилась у 2 больных, у 1 больного сформировался послеоперационный панкреатический свищ, и еще у 1 пациента наступила тромбоэмболия легочной артерии. В послеоперационном периоде умерло 2 больных, летальность составила 2,3%.

Средняя длительность пребывания в стационаре среди больных первой группы, у которых развились послеоперационные осложнения, составляла $42,5 \pm 8,6$ койко-дня, среди больных, у которых послеоперационных осложнений не было — $19,8 \pm 2,1$ койко-дня (табл. 2).

Вторую группу составляли 69 больных (44,2%), которым в послеоперационном

периоде вводили овомин. Перечень выполненных операций у больных второй группы представлен в таблице 1. Дуоденоцистосунгостомия произведена у 2 пациентов, длительность их пребывания в стационаре составляла в среднем $19,0 \pm 1,0$ койко-дня. Дуоденоцистосомия выполнена у 15 больных, длительность их пребывания в стационаре достигала в среднем $13,6 \pm 1,7$ койко-дня. Цистогастростомия выполнена у 12 больных, длительность лечения в стационаре — $16,1 \pm 1,6$ койко-дня. Цистоеюностомия выполнена у 1 больного, цистоментопексия также у 1 пациента. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы произведено у 2 больных, длительность их пребывания в стационаре в среднем достигала $24,0 \pm 2,7$ койко-дня. Панкреатогастростомия произведена у 2 больных, длительность их лечения в стационаре составляла в среднем $16,5 \pm 1,2$ койко-дня. Панкреатоеюностомия произведена у 21 больного, при этом длительность их пребывания в стационаре составляла в среднем $14,2 \pm 1,3$ койко-дня. Резекция тела и хвоста поджелудочной железы произведена у 9 больных. Длительность их лечения в стационаре составляла в среднем $21,1 \pm 2,4$ койко-дня.

По всей второй группе в среднем длительность лечения оперированных пациентов в стационаре составляла $16,6 \pm 1,8$ койко-дня.

В послеоперационном периоде осложнения развились у 5 больных (7,2%). Абсцесс брюшной полости — у 1 пациента, кровотечение из острой язвы двенадцатиперстной кишки — у 1 больного, кровотечение в полость кисты — у 1 больного, деструктивный холецистит — у 1 больного и подкожная эвентрация также у 1 пациента. Летальных исходов не было.

Средняя длительность пребывания в стационаре среди больных первой группы, у которых развились послеоперационные осложнения, составляла $29,4 \pm 4,9$ койко-дня, среди больных, у которых послеоперационных осложнений не было — $15,1 \pm 2,6$ койко-дня (табл. 2, диаграмма 1).

Таблица 2
Послеоперационные осложнения и длительность лечения в стационаре больных хроническим панкреатитом с кистой поджелудочной железы

	Число больных	Число осложнений	Длительность лечения без осложнений	Длительность лечения с осложнениями	Летальность
Группа 1	87 (58,8%)	13 (14,9%)	$19,8 \pm 2,1$	$42,5 \pm 8,6$	2 (2,3%)
Группа 2	69 (44,2%)	5 (7,2%)	$15,1 \pm 2,6$	$29,2 \pm 4,9$	—

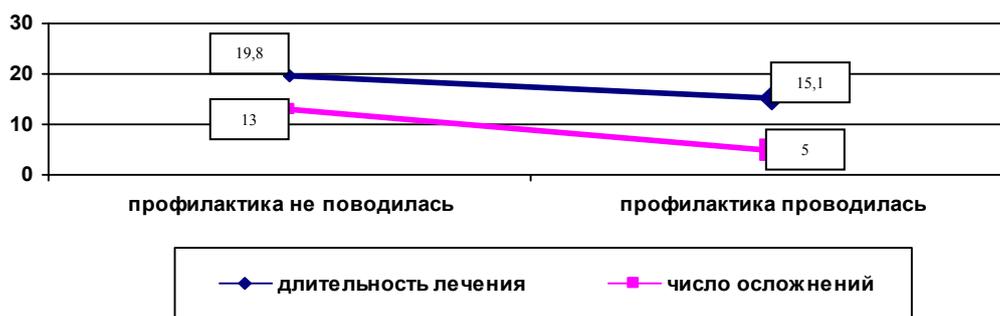


Диаграмма 1. Число осложнений и средняя длительность лечения больных в зависимости от профилактики послеоперационных осложнений

Заключение

Использование овомина в дозе 120000 АТ сразу после операции, а затем в течение 5–6 суток в дозе 60000 АТ каждые 4 часа позволило снизить число послеоперационных осложнений у больных, оперированных на поджелудочной железе, с 14,9% до 7,2% (на 7,7%), сократить среднюю длительность пребывания в стационаре с $22,7 \pm 2,6$ до $16,6 \pm 1,8$ койко-дня (на 6,1 дня), предотвратить летальность. Кроме того, использование овомина в послеоперационном периоде позволило снизить среднюю длительность пребывания в стационаре больных, у которых развились послеоперационные осложнения (в первой группе — $42,5 \pm 8,6$, во второй группе — $29,2 \pm 4,9$ койко-дня, снижение — на 13,3 дня).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гатаулин Н.Г., Титов Р.И., Титов А.Р. Хронический панкреатит. — Уфа, 1998. — 172 с.
2. Гришин И.Н., Аскальдович Г.И., Мадорский И.П.

Хирургия поджелудочной железы. — Мн.: Высшая школа, 1993. — 180 с.

3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2003. — 423 с.

4. Доскалиев Ж.А., Рамазанов М.Е. Комплексная диагностика и выбор метода прямых оперативных вмешательств на поджелудочной железе при ее хронических заболеваниях // Хирургия Казахстана. — 1995. — № 1–2. — С. 32–34.

5. Кокуева О.В., Усова О.А., Новоселя Н.В. Диагностика заболеваний поджелудочной железы: прошлое, настоящее и будущее // Клиническая медицина, 2001. — № 5. — С. 56–58.

6. Леонович С.И., Ревтович М.Ю., Махато Сурендра. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита // Здоровоохранение 2004. — № 2. — С. 21–23.

7. Нестеренко Ю.А., Глабай В.П., Шаповальянц С.Г. // Хронический панкреатит. — М.: Россия. — 1997. — 173 с.

Поступила 06.03.2006

УДК 612.014.464:615.834

ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНА В ГНОЙНОЙ ХИРУРГИИ

А.Г. Скуратов

Гомельский государственный медицинский университет

В статье представлен обзор литературы по проблеме озонотерапии. Описаны краткий исторический очерк, показания и методы озонотерапии в хирургии. Предложен новый способ синтеза и применения озона в гнойной хирургии. Приведены результаты научных исследований, показано антибактериальное действие озона на микроорганизмы.

Ключевые слова: озон, озонотерапия, хирургическая инфекция, гнойная хирургия.

APPLICATION OF OZONE IN PURULENT SURGERY

A.G. Skuratov

Gomel State Medical University

In article the review of the literature on a problem of ozonotherapy is submitted. A brief historical sketch, indications and methods of ozonotherapy in surgery are described. The new way