

пы. Из них у 9 (14,5 %) ампутация конечности выполнена по экстренным показаниям. Эти пациенты доставлены машиной скорой помощи из дома, 3 из них, нигде не лечились и за медицинской помощью не обращались, госпитализированы в реанимационное отделение, проводилась предоперационная подготовка, в течение 6–8 часов и выполнялась ампутация. Умерло 13 пациентов, летальность составила 21 %.

Заключение

Считаем, что весьма важной причиной неутешительных результатов лечения этих пациентов является позднее обращение их за медицинской помощью, поздняя госпитализация с уже запущенными необратимыми гнойно-некротическими и деструктивными изменениями стоп на фоне КИНК. Для снижения инвалидизации, а нередко и спасения жизни этих пациентов применяются все доступные и возможные методы консервативного и оперативного лечения, а эффективность лечения низкая, результаты нельзя признать удовлетворительными. Чтобы улучшить результаты лечения пациентов с ХОЗНК и КИНК, осложненных гнойно-некротическими процессами, следует разработать комплексную программу профилактики и лечения этих пациентов в условиях поликлиники. Признать и определить значение лечения их в поликлинике важнейшим звеном лечебного процесса. Это позволит своевременно диагностировать и проводить консервативное лечение до развития гнойно-некротических осложнений, госпитализировать пациентов в отделения сосудистой хирургии для возможного оперативного лечения и (или) курса интенсивной терапии. Анализ результатов лечения пациентов с ХОЗАНК, осложненных гнойно-некротическим процессом дистальных отделов стопы, по сравнению с 2013 г. не улучшился, хотя летальность в 2013 г. составила 24,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абытов, Н. С. Продленная эпидуральная и аутогемотерапия с озоном в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей при облитерирующем тромбангите / Н. С. Абытов, Э. Д. Захирджаев, Р. А. Гулиев // Хирургия. — 2014. — № 7. — С. 82–88.
2. Гавриленко, А. В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей. IV степени / А. В. Гавриленко, А. Э. Котов, С. В. Кочетов // Анналы хирургии. — 2010. — № 3. — С. 5–7.
3. Ампутация конечностей по экстренным показаниям у пациентов с хронической артериальной недостаточностью: проблема требующая организационного решения / О. И. Дубровщик [и др.] // Гнойно-некротические поражения стопы при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей: сб. науч. тр. — Гродно: ГрГМУ, 2010. — С. 28–32.
4. Отдаленные результаты до 3 лет использования не прямых способов реваскуляризации у больных с хронической ишемией нижних конечностей / Ю. В. Червяков [и др.] // Вестник хирургии. — 2015. — № 3. — С. 84–88.

УДК 616.37-002.-036.11-091.5з

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Дундаров З. А.¹, Майоров В. М.¹, Авижец Ю. Н.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из самых прогностически неблагоприятных осложнений острого деструктивного панкреатита (ОДП) является распространение деструкции на забрюшинную клетчатку (ЗБК). Для этого осложнения в литературе применяются различные термины: инфильтративно-некротический перипанкреатит, перипанкреонекроз, ретроперитонеонекроз, ретроперитонит, ферментативный ретроперитонеальный некротический целлюлит, парапанкреатит. Наиболее общим и часто применяемым является термин парапанкреатит [1, 2].

Если патологические процессы в поджелудочной железе (ПЖ) и гнойные осложнения ОДП достаточно подробно исследованы, то клиническое значение ранних патологических изменений в ЗБК, предшествующих постнекротическим осложнениям, изучено недостаточно. Хирургические вмешательства при ОДП в основном выполняются на некротически пораженной ЗБК. Между тем, вопросы рационального ее дренирования не решены. Кроме того, изменения в органах ЖКТ представляются клинически значимыми поскольку нередко возникают показания для срочного оперативного вмешательства [3, 4, 5].

Цель

Выявление закономерностей патоморфологических изменений в органах ЖКТ у пациентов, умерших от осложненного ОДП.

Материал и методы исследования

В ходе работы был выполнен детальный ретроспективный анализ 132 протоколов вскрытий больных, умерших от ОДП по данным Гомельского областного клинического патологоанатомического бюро за период с 1990 по 2007 гг. Средний возраст пациентов составил $48,4 \pm 3,7$ лет. Мужчин было 96 (72,7 %), женщин 36 (27,3 %). Прижизненная диагностика заболевания базировалась на анализе клинико-лабораторных данных и результатов комплексного инструментального обследования — ультразвукового исследования, компьютерной томографии с контрастным усилением и без него, гастродуоденоскопии, лапароскопия и данных интраоперационного исследования у оперированных пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Основной причиной наступления летального исхода явился осложненный ОДП, который установлен у 98,64 % умерших. Фульминантная форма некротизирующего панкреатита отмечена нами у 21 умершего, что составило 15,9 % всех наблюдений. Эти пациенты погибли в отделении реанимации в первые 3–5 суток на фоне проводимой интенсивной терапии от некупируемого панкреатогенного шока. Наиболее характерными осложнениями у погибших в эти сроки явились диффузные ферментативные поражения серозных оболочек брюшной и грудной полостей в виде серозно-геморрагического перитонита и плеврита.

Непосредственной причиной смерти у остальных 111 (84,1 %) умерших явились гнойные осложнения острого деструктивного панкреатита, по поводу которых выполнялись хирургические многоэтапные операции. Поздние летальные исходы, наступившие в сроки свыше 3 недель от начала заболевания, обусловлены развитием осложнений гнойного характера и сопутствующим эндотоксикозом на фоне резорбции токсинов из пораженной забрюшинной клетчатки. Гнойные поражения ПЖ в виде абсцедирования, секвестрации и расплавления наблюдались у 92 % умерших. При этом аналогичный морфологический эквивалент наблюдался и в парапанкреатической клетчатке.

Гнойно-некротические поражения ПЖ и жировой клетчатки развивались главным образом при геморрагическом, смешанном и крупноочаговом жировом варианте панкреонекроза. Парапанкреатит у всех умерших характеризовался большой распространенностью. Во всех наблюдениях очаги гнойной секвестрации были выявлены по всему периметру ПЖ и распространялись вверх и вниз по правому и левому околотолстокишечным слоям забрюшинной клетчатки в поддиафрагмальное пространство, в корень брыжейки толстой и тонкой кишки, иногда захватывали передний паранефрий и способствовали развитию гнойного псоита.

Тесная функциональная и анатомическая связь ПЖ и пищеварительного тракта обуславливает высокий процент совместного поражения этих органов, что нашло морфологическое подтверждение. С точки зрения клинико-морфологических изменений со стороны ЖКТ целесообразным считаем разделение осложнений на ранние и поздние. К ранним осложнениям (проявляющимся в фазе формирования панкреонекроза) следует отнести острый геморрагический гастрит и дуоденит, а также эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки желудка и 12 перстной кишки. Различные эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки обнаружены в 70 % случаев. При этом у пациентов с фульминантной формой ОДП острые эрозии и язвы желудка были обнаружены у 18 из 21 пациента, что составило 85,7 %. Язвенные дефекты в желудке, явившиеся источником тяжелых кровотечений выявлены у 8 из 21 пациента. Эти дефекты чаще всего были неправильной формы, носили множественный характер и локализовались по малой кривизне. При микроскопическом исследовании вблизи некротизированных участков отмечались микротромбозы сосудов, кровоизлияния, некрозы эпителиальных комплексов с пропитыванием их фибрином и лейкоцитарной инфильтрацией.

Поздние осложнения манифестируют клинически в стадии трансформации распространенного ферментативного парапанкреатита в гнойно-некротический парапанкреатит. Наиболее клинически значимым осложнением является перфорация стенки полого органа вследствие прорыва гнойников из забрюшинного пространства с образованием свищей, сопровождающихся, как правило, профузными аррозивными кровотечениями. В одном наблюдении отмечена перфорация стенки двенадцатиперстной кишки в ограниченную полость забрюшинного пространства справа и массивным кровотечением из аррозированных сосудов, что явилось непосредственной причиной смерти больной. При наличии дигестивного свища ЖКТ на фоне деструкции кишечной стенки инфицирование ЗБК принимает облигатный характер.

Механическая кишечная непроходимость возникает вследствие сдавления петель тонкой кишки массивным воспалительным инфильтратом забрюшинного пространства, по поводу чего оперативное вмешательство было предпринято у 1 умершего. У 29 умерших в фазе развития гнойных осложнений при аутопсии обнаружены множественные острые язвы внежелудочной локализации, клинически проявляющихся на фоне тяжелой резорбтивной интоксикации. Морфологические признаки их не отличались от описанных ранее.

Макро- и микроскопические изменения тканей тонкой и толстой кишки были обнаружены в 60 % случаев. Наиболее выраженные изменения отмечались в слизистой и подслизистой оболочках. В материале больных с гнойными осложнениями ОДП слизистая оболочка тонкой кишки теряла органотипические черты строения. Микроскопически тяжелые гемодинамические расстройства характеризовались переполнением венул и капилляров эритроцитами, образованием сладжей и микротромбов. Ворсинки тонкой кишки были резко полнокровны, с участками кровоизлияний. В слизистой оболочке наблюдались процессы диффузной воспалительной инфильтрации, десквамация эпителия, очаги некрозов ворсин и крипт, нарушения кровообращения в виде кровоизлияний. Мышечная пластинка слизистой оболочки не определялась или определялась слабо. В подслизистой оболочке выявлялись очаги выраженного отека, полнокровия и пристеночного тромбоза кровеносных сосудов.

Таким образом, результаты исследования изменений в парапанкреатической клетчатке демонстрируют фазовость развития патологического процесса, которая заключается в последовательной смене патоморфологических изменений. Распространенность патологических изменений в парапанкреатической клетчатке определяется масштабом первоначального повреждения паренхимы поджелудочной железы.

Выводы

1. Парапанкреатит является облигатным морфологическим компонентом ОДП. На основании вышеизложенного следует считать, что определение панкреатита как изолированного повреждения только паренхимы поджелудочной железы следует признать не весьма корректно отображающим сущность патоморфологических изменений при ОДП.

2. Выявленные морфологические изменения обуславливают нарушение барьерной функции слизистой оболочки тонкой кишки, создают предпосылки для транслокации кишечной микрофлоры в системный кровоток. Кроме того, указанные структурные нарушения являлись морфологическим субстратом энтеральной недостаточности, приводящей к синдрому мальабсорбции и метаболической недостаточности при панкреонекрозе.

3. Забрюшинная клетчатка составляет основную массу пораженных тканей при деструктивном панкреатите. В ней секвестрируется наибольшая часть экссудата, в динамике заболевания из нее резорбируются в системный кровоток токсины, усиливая эндогенную интоксикацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Петренко // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 57–59.
2. Beger, H. G. Natural history of necrotizing pancreatitis / H. G. Beger, B. Rau, R. Isenmann // Pancreatology. — 2003. — № 3. — P. 93–101.
3. Багненко, С. Ф. Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С. Ф. Багненко, В. П. Гольцов // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. — 2008. — № 3. — С. 104–112.
4. Шотт, А. В. Выбор метода лечения острого панкреатита / А. В. Шотт, С. И. Леонovich, Г. Г. Кондратенко // Материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь «Проблемы хирургии в современных условиях». — 2008. — Т. 2. — С. 226–228.
5. Завада, Н. В. Эндовидеохирургические аспекты лечения панкреонекроза / Н. В. Завада, И. И. Пикиреня // Проблемы хирургии в современных условиях: материалы XIII съезда хирургов Республики Беларусь. — Гомель, 2006. — Т. 1. — С. 160.

УДК 616-089.23-089.5:615.212.7

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ МОРФИНА ДЛЯ ИНТРАТЕКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА КАЧЕСТВО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Дундаров Э. З.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Открытие того, что опиоидные рецепторы локализованы во 2 пластине в заднем роге центральной нервной системы (ЦНС) дало клиницистам идею о возможном применении опиоидов для обезболивания через нейроаксиальный путь [1]. Протезирование коленного сустава — хорошо отработанная и распространенная операция. Наиболее оптимальным анестезиологическим пособием при ее выполнении является спинномозговая анестезия. Добавление морфина для интратекального введения к раствору местного анестетика позволяет улучшить качество послеоперационной анальгезии [2]. Анальгетический эффект опиоидов, введенных нейроаксиальным путем, по сравнению с системным, длится дольше, с эффектом до 12–24 ч [3], а иногда и больше [4].