

**А. И. ХМЫЛКО, С. В. СВИСТУНОВ, В. В. МИХАЙЛОВ, В. М. МАЙОРОВ,  
Н. П. МЕЛЬНИКОВА, И. П. СУШКИН, А. В. ЛУТКОВ**

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО  
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (ОДП)**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Парапанкреатит до сих пор продолжает оставаться нерешенной проблемой, выступающий в качестве самостоятельного источника интоксикации и причины летальных исходов при развитии у пациентов гнойно-септических осложнений. При значительной вариабельности цифр (5–85 %) общей летальности от этого заболевания уровень диагностики и тактики лечения далек от совершенства. Максимально раннее лечебное воздействие на поджелудочную железу при остром деструктивном панкреатите (ОДП) не гарантирует от летального исхода от парапанкреатита, и такая формулировка проблемы означает безусловную актуальность патологических процессов в парапанкреатическом пространстве независимо от их давности и локализации.

**Цель.** Изучить возможности применения малоинвазивных методов при лечении гнойно-септических осложнений ОДП.

**Материал и методы исследования.** Представлен материал, основанный на анализе 87 случаев лечения пациентов с гнойно-септическими осложнениями ОДП с использованием малоинвазивных технологий под сонографическим контролем в сочетании с традиционными хирургическими методами за период 2010 — июня 2014 года. Из них мужчин — 64 (73,6 %), женщин — 23 (26,4 %). В результате обследования больные были распределены следующим образом: 1-я группа — пациенты с оментобурситом; 2-я группа — нагноившаяся киста парапанкреатической клетчатки; 3-я группа — забрюшинная флегмона. В зависимости от показаний на фоне общеукрепляющего и симптоматического лечения применялся пункционно-дренажный, лапароскопический, традиционный хирургический методы лечения.

**Результаты и обсуждение.** При оментобурситах полное излечение без дополнительных хирургических вмешательств наступило у 24 (72,7 %) человек. Группу пациентов с отрицательным результатом составили 5 человек. Всем им были произведены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. Одна пациентка после оперативного лечения скончалась через сутки на фоне полиорганной недостаточности. Наиболее эффективное применение малоинвазивных технологий было отмечено при лечении нагноившихся кист парапанкреатической клетчатки. Во всех 30 случаях излечение произошло без дополнительных хирургических вмешательств, что связано с наличием сформированной, плотной капсулы, ограничивающей гнойное содержимое от брюшной полости. Наиболее тяжелым осложнением ОДП явилась флегмона забрюшинной клетчатки (ФЗК). Основным источником инфицирования зон забрюшинного некроза служит кишечник, основные пути инфицирования — лимфо- и гематогенный, а основной механизм инфицирования заключается в транслокации бактерий через кишечную стенку. В результате проводимого лечения улучшение состояния наступило у всех 24 пациентов, однако полное излечение наступило у 10 человек (41,7 %), у 5 (20,8 %) — наступила стойкая стабилизация процесса, характеризующаяся уменьшением явлений интоксикации, нормализацией температурной реакции на уровне субфебрильных цифр, что позволило в последующем произвести операцию по удалению секвестров в благоприятных условиях. У 9 пациентов (37,5 %) после кратковременного улучшения на фоне проведенного малоинвазивного вмешательства вновь наступило

ухудшение состояния, вследствие чего им были выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Несмотря на все усилия, у двух пациентов прогрессировала отрицательная динамика с развитием летального исхода.

#### **Выводы**

Малоинвазивные хирургические методики служат методом выбора при ограниченных панкреатогенных гнойниках.

При распространенной забрюшинной флегмоне ценность малоинвазивной санации становится зависимой не только от количественного, но и от качественного критерия, а именно удельного веса жидкого гноя и секвестров в гнойно-некротической полости.

*Л. А. ХМЫЛКО, Т. А. ЛАТОХО, С. К. ЛОЗОВИК*

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА И БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Болезнь Крона (БК) — это хронический воспалительный процесс, который потенциально может поражать любую часть кишечной трубки (от слизистой рта до ануса). Существенной специфической особенностью этой патологии является локальность, чередование пораженных сегментов с неизменными.

Язвенный колит (ЯК) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника неуточненного генеза, склонное к рецидивированию с периодами кровавой диареи и патоморфологически — диффузным воспалительным процессом в стенке толстой кишки.

Хронические воспалительные заболевания кишечника (ХВЗК) хотя и не лидируют среди гастроэнтерологической патологии, однако по тяжести течения, частоте осложнений, инвалидизации в молодом возрасте и летальности занимают одну из главенствующих позиций. В настоящее время распространенность ХВЗК у детей составляет 2,2–6,8 случаев на 100 тыс. детского населения. Клиническая картина ХВЗК включает в себя кишечные и внекишечные проявления, а также общие признаки воспаления. Дифференциальный диагноз ХВЗК сложен.

Прогноз в отношении выздоровления — неблагоприятный, а в отношении продолжительности жизни более благоприятен при ЯК. Современные методы лечения ХВЗК позволяют достичь клинической ремиссии заболевания, улучшить качество жизни пациентов.

**Цель.** Изучить особенности клиники язвенного колита и болезни Крона у детей, проживающих в Гомельской области.

**Материалы и методы.** Нами ретроспективно проанализировано 42 истории болезни детей, находившихся на стационарном лечении в детском гастроэнтерологическом отделении УГОКБ по поводу язвенного колита и болезни Крона в 2011–2013 гг. Всем детям было проведено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование.

#### **Результаты и обсуждение**

В исследуемую группу был включен 21 человек в возрасте от 1 до 16 лет, 13 (61,9 %) девочек и 8 (38,1 %) мальчиков. Проживают в городе 17 (81 %) детей, в сельской местности — 4 (19 %).

В 2011 г. на стационарном лечении по поводу ХВЗК находились 2 девочки (14 летняя с БК и 4 летняя с ЯК); в 2012 г. — 11 человек (в том числе и вышеназванные дети повторно); в 2013 г. — 16 детей. 10 пациентов в течение 3 лет находились на стационарном лечении 2 и более раз. В 2013 г. заболевание выявлено впервые у 4 детей (2 мальчика и 2 девочки); в 3