

*Тезисы представлены в оригинальном виде без редакции Оргкомитета Съезда. Оргкомитет не несет ответственности за несоблюдение рекомендаций по подготовке тезисов.*

( 1994-1996 , 1999- 2002). Основные организационно- клинические выводы : - величина и структура санитарных потерь свидетельствует о тенденции нарастании тяжелых ( 22.7 % ), сочетанных ( 39.7 % ) и множественных ( 14.6 ) ранений. Ранения головы составили ( 24.4 % ), конечностей ( 55.8 % ). Это обусловлено широким применением снайперского оружия и взрывных устройств ; - одним из оптимальных вариантов оказания помощи раненым является двухэтапный. При ранениях головы – «доврачебная помощь-СХП», груди , живота и таза « первая врачебная- СХП »; - летальность раненых на госпитальном этапе составила 1.4%, выписано в часть 78.3 %, уволено из ВС – 20.3 %. На основе полученного опыта конкретизированы некоторые положения военно- полевой хирургии: - с целью оперативного решения вопросов организации хирургической помощи в вооруженных конфликтах ограниченного масштаба в состав управления объединенной группировки войск должен входить ведущий хирург; - при планировании медицинского обеспечения необходимо намечать основные пути эвакуации применительно к дислокации гарнизонных госпиталей , расположенных вблизи района боевых действий. Их необходимо заблаговременно трансформировать ( за счет групп усиления из центра ) в многопрофильные госпитали с задачей оказания квалифицированной и неотложной специализированной хирургической помощи, а также лечения, освидетельствования и реабилитации легкораненых ; - авиатранспортная эвакуация имеет неоспоримые преимущества ; - для оказания квалифицированной хирургической помощи( КХП ) целесообразно на ключевых эвакуационных направлениях разворачивать медицинские отряды специального назначения( МОСН). Объем помощи должен быть следующий - проведение неотложных , срочных оперативных вмешательств , а также реанимационных мероприятий; - показания к трепанации черепа на этапе КХП должны быть ограничены остановкой продолжающегося кровотечения , а также декомпрессией при синдроме сдавления головного мозга. - выделять группу бесперспективных раненых не следует. При своевременном оказании СМП многим из них может быть спасена жизнь; - подготовка хирургов-резервистов должна быть непрерывной и осуществляться на базе гражданских ВУЗов.

---

#### 1558.АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ ГОРОДСКОГО И РАЙОННОГО ЗВЕНА

Колесников С.А., Волков Д.В., Захаров О.В.

Белгород

ФГАОУ ВПО НИУ «БелГУ»

Введение. Острый панкреатит по числу больных занимает третье место после остро-го аппендицита и холецистита, но остается одной из наиболее сложных проблем ургентной хирургии, что обусловлено сложностью его диагностики, сохраняющейся еще высокой летальностью при его деструктивных формах. При этом первый пик летальности (ранние смерти) связаны с эндотоксиновым шоком, второй (поздние смерти) - с гнойно-септическими осложнениями. В 75-85% наблюдений острый панкреатит характеризуется относительно благоприятным течением, а в 15-25% наблюдений носит деструктивный характер. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции, с вовлечением в патологический процесс парапанкреатической, параколической и забрюшинной клетчатки. Однако, до настоящего времени не существует общепринятой лечебной тактики, отсутствуют лечебные схемы лечения таких больных. Цель работы: представить анализ эффективности различных методов диагностики, консервативного и оперативного лечения острого панкреатита и его осложнений, применительно к общехирургическому стационару городского звена. Материал и методы. Основу исследования составили результаты лечения 1436 больных острым панкреатитом за 2011 – 2014 гг. 74,5% составили мужчины. Возраст больных - от 19 до 91 лет. Основой диагностики панкреатита явилась клиническая картина, лабораторные исследования крови, ультрасонография, обзорная R-графия грудной и брюшной полостей, при необходимости фиброгастроуденоскопия, лапароскопия. Диагностика осложнений – магнитнорезонансная томография или КТ. Больные с легким и средней тяжести заболеванием получали стандартную терапию. 25 больным медикаментозная схема лечения была дополнена. Клинически

1553

тяжелый панкреатит констатирован у 218 больных, кото-рые последовательно лечились в хирургическом и реанимационном отделениях. 162 - выполнены оперативные вмешательства, 116 – видеолапароскопические, пункционно дренирующие, минилапаротомные; 46 – из широкого лапаротомного доступа. Результаты и обсуждение. Оперативная активность составила 11,2 %, общая летальность - 1,2 %, послеоперационная – 8,0 %. Средний койко/день в группе неоперированных больных составил 11,2, в группе оперированных – 30,2. Дополненная медикаментозная схема лечения легких (11 больных) и средней тяжести (14 больных) форм панкреатита гепатопротекторами, б-блокаторами (для улучшения портального кровотока), антиоксидантами, иммунокорректорами, ингибиторами панкреатической секреции, цитостатиками (5- фторурацил) приводит к abortивному течению заболевания, либо к быстрому купированию патологического процесса (6,2 к/д). Лапароскопия является наиболее информативным, а, следовательно, обязательным методом дифференциальной диагностики острого пан-креатита. Пренебрежение этим в urgentных условиях привело к необоснованным широким лапаротомиям в 12 случаях, 5 из которых закончились летально от прогрессирующей полиорганной дисфункции. Это позволяет признать оптимальным описанный диагностический алгоритм, с эффективностью приближенной к 100 %. Видеолапароскопическое дренирование сальниковой сумки, предпринимаемое на этапе диагностики, лечебного эффекта не возымело, что потребовало извлечения бесполезно установленного дренажа в 11 случаях. Пункционное дренирование жидкостных образований (формирующихся псевдокист, гнойных полостей) у 39 больных, лишь в 5 случаях привело к ликвидации патологического очага. В 34 – дренаж был установлен через сквозные раны желудочных стенок, поперечный отдел ободочной кишки, дренированные полости содержали секвестры, что приводило либо к пролонгированию гнойного воспаления, либо к распространению на другие отделы брюшинного пространства. Достаточно полноценной санации гнойных полостей удалось до-биться дренированием из минилапаротомного доступа с применением инстру-ментов «мини-ассистент» (12 больных). Если для дренирования параколических клетчаточных пространств этот метод является альтернативой, то для пара-, а особенно ретропанкреатической локализации – оптимальным (5 больных). 34 больным после неудачных попыток пункционного дренирования выполнены вмешательства в объеме срединной лапаротомии, вскрытия и дрене-рования парапанкреатических и параколических абсцессов, некрсеквестрэкто-мии. 8 летальных исходов обусловлены сепсисом на фоне брюшинной флег-моны, прогрессирующим перитонитом, эрозивным кровотечением из селезеночной вены. Оментобурсостомия из широкого срединного лапаротомного доступа (2 больных), с целью дренирования, последующих ревизий и санаций сальниковой сумки – с практической точки зрения вмешательство не оправданное. Целесообразнее осуществить абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и параколического пространства 4 трубчатыми дренажами диаметром 2 – 3 см., выведенными в подреберно-боковых областях, с подключением проточно-аспирационной системы. Объем подобных оперативных вмешательств следует признать не только вынужденным, но и оправ-данным. Выводы. 1) Верификация степени, глубины, распространенности поражения под-желудочной железы не достоверна. 2) Определение степени тяжести больного, уровня интоксикации использованием современных классификаций, в общехирургических стационарах городского и районного звена, затруднительно или невозможно. 3) Целесообразно дополнять медикаментозную схему лечения тяжелых форм острого панкреатита методами экстракорпоральной детоксикации и нут-риционной поддержки. 4) Признавая приоритет малоинвазивных методов хирургического лечения острого панкреатита, отказ от традиционных (широкомасштабных) вмеша-тельств является неоправданным.

---

1559. Клинико-экспериментальное обоснование применения эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты при внутрибрюшном и внутритазовом кровотечении

Самохвалов И.М., Рева В.А., Петров А.Н., Свеклов Д.А., Денисов А.В., Сохранов М.В., Телицкий С.Ю., Селезнев А.Б.

Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова