

916. Хирургическая тактика при перфорации гастродуоденальных язв в сочетании с другими осложнениями.

Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Тимохин Р.В., Дергунова С.А

Саратов

ГБОУ ВПО "Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского.

В последние годы заметно увеличилось количество операций по поводу префоративных язв, при этом в 24,8% перфорация сочеталась с другими острыми и хроническими осложнениями язвенной болезни. Особенностью клинических проявлений сочетанных осложнений гастродуоденальных язв является взаимоотягощающее влияние острых и хронических процессов на состояние больного. В связи с этим все осложнения мы разделяем на основные и сопутствующие. Острые осложнения в виде перфорации кровотечения представляют опасность для жизни больного и являются основными, хронические осложнения в виде стеноза, пенетрации и малигнизации представляют опасность для здоровья больного и являются сопутствующими. Предложенная классификация сочетанных осложнений позволяет конкретизировать хирургическую тактику, основные осложнения определяют показания и сроки выполнения операции, сопутствующие - наиболее рациональный объем операции. Проведен анализ результатов лечения 158 больных с перфоративной язвой. У 93 больных имели место два остро развившихся осложнения, у 32 из них они возникли одновременно, у 61 больного кровотечение возникло на 2-9 сутки после перфорации, рассматриваемой как основное осложнение. У 44 больных перфорация сочеталась со стенозом, у 16 с пенетрацией и у 5 с пенетрацией и стенозом. Решающим фактором в выборе объема операции является интраоперационная интерпретация перитонита, с учетом этих критериев больные были разделены на 2 группы. В первую вошли 67 пациентов, характер перитонита у которых позволял выполнить радикальную операцию. Расчет индекса Мангейма у них составил в среднем 19,1 балла. Послеоперационные осложнения выявлены у больных этой группы выявлены в 14,3%, летальность составила 5,7%. Паллиативные операции выполнены 91 больному, индекс Мангейма у них равнялся в среднем 26,4 балла. Послеоперационные осложнения составили 21,7%, летальность 8,7%.

917. Эндоскопическое трансмуральное и транспапиллярное стентирование в лечении хронического панкреатита.

Куликовский В.Ф. (1), Карпачев А.А. (2), Солошенко А.В. (2), Ярош А.Л. (1), Мишустин А.М. (2), Николаев С.Б. (2), Францев С.П. (2), Битенская Е.П. (2), Линьков Н.А. (2), Хлынин А.Ю. (2).

Белгород

1) Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 2) Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа.

Введение. Лечение больных с хроническим панкреатитом остается наиболее проблемным разделом абдоминальной хирургии. Выделяют две основные группы эндоскопических вмешательств при хроническом панкреатите – транспапиллярные и трансмуральные. Транспапиллярные вмешательства в своем

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

большинстве используются в качестве первого этапа лечения, позволяют купировать болевой синдром, явления механической желтухи и протоковой гипертензии вирусунгова протока. Эндоскопическое трансмуральное стентирование направлено на внутреннее дренирование и уже давно стало альтернативой лапаротомных цистодигестивных операций. Цель работы – определить роль и место эндоскопических вмешательств в лечении больных с хроническим панкреатитом. Материал и методы. В работе проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных, находившихся на лечении с 2006 по 2013 в хирургическом отделении №1 Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Средний возраст составил 47,7 года, при стандартном отклонении 10,7 года. Медиана возраста пациентов составила 47,4 года. Возраст наиболее молодого пациента 23 года, наиболее пожилого 71 год. Мужчин было 60(64,5%), женщин 33 (35,5%). Средний возраст мужчин составил 46,2±9,7 года, средний возраст женщин 55,8±12,1 года. Трансмуральное и транспапиллярное стентирование выполнялось стентами Soehendra-Tannenbaum™ (Wilson-Cook®) 8,5-10 Fr. Результаты. Больным было выполнено операции, по характеру распределенных на 2 группы: эндоскопические трансмуральные вмешательства через стенку желудка и ДПК (n=49, 25,5%), эндоскопические транспапиллярные вмешательства (n=44, 22,9%), Показанием к выполнению эндоскопических трансмуральных вмешательств были псевдокисты поджелудочной железы, и выполнялись они в различных вариантах: путем рассечения задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) – эндоскопический цистогastro- и -дуоденоанастомоз (ЭЦДА и ЭЦГА)(n=15); эндоскопического стентирования кистозного образования через заднюю стенку этих органов – ЭЦДА + st и ЭЦГА + st (n=25); путем цистоназального дренирования(n=9) В подгруппе больных, которым выполнялись ЭЦГА+ЭЦДА наблюдалось 9(60%) осложнений: кровотечение из созданного соустья – 6, инфицирование полости кисты – 1, перфорация – 1, пневмоперитонеум – 1. В одном случае наблюдался рецидив, потребовавший повторного вмешательства. В подгруппе больных с ЭЦГА+ st ЭЦДА+ st в 4(наблюдениях отмечалось инфицирование полости кисты и в 1 случае кровотечение (статистическая значимость различий p=0,02), в подгруппе больных, которым выполнялось цистоназальное дренирование осложнений не отмечалось. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование проводилось при псевдокистах поджелудочной железы, у которых имелась связь с вирусунговым протоком(n=14), протоковый панкреатит с болевым синдромом(n=3), панкреатикоплевральный свищ(n=1), механическая желтуха(n=16). В остальных случаях транспапиллярные вмешательства ограничивались папиллю или вирусунготомией. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства были эффективны в 59,1 % наблюдений. Выводы. Среди способов наложения эндоскопического соустья необходимо стремиться к выполнению методик, направленных на минимальное рассечение задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки для выполнения трансмурального стентирования, поскольку они являются более радикальными и сопровождаются меньшим числом осложнений. Эндоскопическое транспапиллярное стентирование при хроническом панкреатите позволяет ликвидировать явления протоковой гипертензии с восстановлением адекватного оттока панкреатического сока, желчи, выполнить внутреннее дренирование псевдокисты, уменьшить болевой синдром.

918.DHAL-RAR В СОСТАВЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Чистохин С.Ю. (1), Белоцкая Л.В. (2)

Чита

1) ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, 2) НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2

Актуальность. Всё большую популярность среди врачей и пациентов завоевывает операция DHAL-RAR как патогенетически обоснованная и малотравматичная технология. Цель исследования – оценить роль и место DHAL-RAR в лечении больных геморроем в сочетании с другими аноректальными патологиями. Материал и методы. В течение 2013-2014 годов в ДКБ ст. Чита-2 оперировано 172 больных с разными стадиями геморроя. Из них 105 пациентам выполнена операция DHAL-RAR на отечественном оборудовании "Ангиодин-Прокто" (I группа) и 67 - открытая геморроидэктомия (II группа). Результаты. В I группе у 23

912