

пациентов, которым была показана противорубцовая терапия в послеоперационном периоде. При применении комплексного метода лечения у 58 больных удалось добиться заживления послеоперационных ран мягким эластическим рубцом в 46 случаях (95,8%). Выводы. Предложенная лечебно-диагностическая терапия позволяет предупредить развитие избыточного рубцеобразования после операций по поводу глубоких флегмон конечностей.

609. Хирургическая тактика лечения больных с инфицированным панкреонекрозом

*Кунафин М.С. (1), Хунафин С.Н. (1),
Ахмеров Д.Р. (2), Галеев Р.З. (2).*

Уфа

- 1) ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ,
- 2) ГБУЗ РБ ГKB №18 Уфа.

Актуальность. За 2017г в хирургическом отделении ГKB №18 с диагнозом острый панкреатит находился на лечении 61 больной. У большей части (80.3%) лечение ограничилось консервативной терапией, а у 12 (19.7%) пациентов с деструктивными формами панкреатита, проведено оперативное вмешательство. Летальный исход в 3-х случаях. Смертность от осложнений панкреонекроза составила 25% от количества оперированных больных (4.9% от общего числа панкреатитов). Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения у больных с деструктивным панкреатитом. При поступлении оценка тяжести состояния больных производилась по выраженности интоксикации, выраженности болевого синдрома, наличия перитонеальных знаков, на основе результатов лабораторных данных, данных УЗИ ОБП, компьютерной томографии. При наличии трудности в диагностике, клинике перитонита, ставились показания к проведению лапароскопии. Показаниями к лапаротомии являлись: инфицирование и распространенность процесса по забрюшинной клетчатке; неэффективность комплексной консервативной терапии в течении 3-4 дней. Оперативное лечение заключалось в срединной

лапаротомии, ревизии органов брюшной полости. В случае панкреонекроза рассекалась капсула поджелудочной железы, с освобождением передней поверхности поджелудочной железы. При наличии инфицирования забрюшинной клетчатки производится одно- или двухсторонняя люмботомия. Для разгрузки желчевыводящих путей накладывалась холецистостома или производилась холецистэктомия с холедохотомией и дренированием холедоха (при желчнокаменной болезни). Брюшная полость санировалась; проводилась дренирование, формирование оментобурсостомы и/или люмбостомы. Оментобурсостомия и люмбостомия позволяет вести визуальный осмотр поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с целью контроля адекватности лечебных мероприятий и прогнозирования течения заболевания. Санации выполнялись под эндотрахеальным или внутривенным наркозом: сальниковая сумка, люмбостома обильно промывались растворами антисептиков. Проводилась ревизия раневой поверхности, гнойников, некрсеквестрэктомия. Каждому больному проведено от 3 до 6 плановых санаций сальниковой сумки и забрюшинных пространств. В послеоперационном периоде при панкреонекрозе наблюдались следующие осложнения: 1. Кровотечения из арозированных сосудов поджелудочной железы до 30% случаев. Накладывались гемостатические швы или методом тугой тампонады. 2. Перфорация ободочной кишки в полость оментобурсостомы (1 случай). С целью отключения толстой кишки наложена илеостома. Кишечный свищ самостоятельно закрылся через 3 недели после илеостомии. 3. Острые язвы желудка и 12перстной кишки с кровотечением (1 случай). На ФГДС на 4е сутки после операции язва луковицы 12перстной кишки и множественные эрозии желудка. 4. Некроз стенки культи 12перстной кишки (состояние после резекции по Бильрот2). Проводилась лапаротомия с дренированием культи 12-ти перстной кишки. В последствии развился сепсис, полиорганная недостаточность. Причиной смерти 3х больных с инфицированным панкреонекрозом стали тяжелые осложнения и полиорганная недостаточность. Выводы: 1. Тактика ведения больных с острым панкреатитом сложна и требует индивидуальный подход к каждому пациенту. 2. Усовершенствованная тактика оперативного вмешательства с применением «открытого» способа дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки с выполнением некрсеквестрэктомии в «программируемом» режиме является эффективным способом хирургического лечения инфицированного

панкреонекроза. 3. Следует учитывать риски послеоперационных осложнений и принимать меры по их предотвращению и устранению.

610. Экономическая эффективность плановой склеротерапии варикозного расширения вен пищевода

*Михайлова С.А., Ситникова О.Ю., Леонова Т.С.,
Котельников О.А., Нусратов М.И.*

Челябинск

ГБУЗ «Областная клиническая больница №2»

Актуальность. Последние годы отмечается рост числа больных с портальной гипертензией преимущественно за счёт увеличения заболеваемости вирусными и алкогольными циррозами печени. Как следствие, увеличивается число кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Экономическое значение кровотечений из ВРВП определяется неоднократно и, как правило, частыми их рецидивами при неминуемом прогрессировании портальной гипертензии без хирургического лечения, а также немалой стоимостью лечения пациентов с уже развившимся кровотечением. Цель. Оценить экономическую эффективность выполнения склеротерапии ВРВП в плановом порядке как профилактики рецидивов кровотечения из вен пищевода у больных с портальной гипертензией. Материалы и методы. Проведён анализ лечения 69 пациентов за 2016-2017 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ «ОКБ №2». Все пациенты разделены на две группы. В первую группу вошли пациенты, поступившие в плановом порядке на склеротерапию (41 человек), во вторую – 28 человек, поступивших по экстренным показаниям с кровотечением из ВРВП. В качестве эндоскопического гемостаза у всех пациентов применялся метод склерозирования вен пищевода и желудка. Каждому пациенту выполнялось от 1 до 9 сеансов склеротерапии. За указанный период нами были выполнены 152 процедуры склерозирования ВРВП. Из них 110 процедур выполнялись в плановом порядке с превентивной целью, а 42 процедуры проводились в экстренном и отсроченном порядке у больных, поступивших с

клиникой гастродуоденального кровотечения. Пациентам, поступающим в плановом порядке, за одну госпитализацию проводилось по 2 сеанса склеротерапии, за каждый из которых склерозировалось по 2 вены, либо однократный сеанс со склерозированием 3 стволов. В качестве склерозанта использовали 1% этоксисклерол. Применения общей анестезии не требовалось. Средняя продолжительность госпитализации – $4,2 \pm 1,8$ суток. Большинству пациентов был рекомендован повторный курс через 2-3 месяца. Всем пациентам второй группы, поступавшим по экстренным показаниям с клиникой желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК), выполнялась ЭГДС с целью уточнения диагноза и возможного выполнения эндоскопического гемостаза. При невозможности выполнения или его неэффективности устанавливался зонд Блэкмора-Сенгстакена, а повторная ЭГДС со склеротерапией выполнялась в отсроченном порядке. Каждому пациенту, поступившему с клиникой ЖКК, выполнены стандартные клиничко-лабораторные анализы; общий анализ крови с акцентом на эритроциты и гемоглобин выполнялся неоднократно. Проводилась стандартная гемостатическая терапия: этамзилат, транексам, викасол. Переливалась эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма. Восемью больным (28.6%) проводилось лечение в ОРИТ и составило в среднем 2.1 ± 0.7 суток. Средняя продолжительность госпитализации – 8.4 ± 3.1 суток. Результаты и обсуждение. Нами была подсчитана средняя стоимость консервативного лечения пациентов с ВРВП, поступивших в плановом порядке на склеротерапию, и пациентов, поступивших экстренно с клиникой развившегося кровотечения, также была определена стоимость консервативного лечения ЖКК без применения склерозирования. Затраты на госпитализацию пациентов для плановой склеротерапии составили 16676.08 ± 4831.12 руб., тогда как на лечение пациентов с кровотечением из вен с применением склерозирования - 45797.23 ± 8341.5 руб., без его применения – 28265.17 ± 1832.75 руб. Выяснилось, что затраты на лечение пациентов с кровотечением из ВРВП и экстренной склеротерапией не покрываются суммой оплаты КСГ, а превышают её в среднем на 26.5%. Такая разница обусловлена, как правило, тяжестью состояния больных с кровотечением из ВРВП, необходимостью гемостатической, кровезамещающей терапии, переливания препаратов крови, неоднократных клиничко-лабораторных анализов и инструментальных исследований, пребыванием пациентов в ОРИТ и более длительной