

тические методики. К сожалению, основными оперативными вмешательствами остаются радикальная флебэктомия, операции Линтона и Фельдера. Современные операции-минифлебэктомию, вмешательства на берцовых венах выполняют единицы, а экстравазальную коррекцию клапанов и эндоскопическую диссекцию никто из опрошенных.

Консервативное лечение не позволяет радикально излечить заболевание, но оно должно применяться в случаях, когда пациент временно отказывается от операции, а также в послеоперационном периоде. Большинство респондентов предпочитает не современные эффективные флеботоники, а троксевазин, троксерутин, эскузан. Не менее важным компонентом консервативного лечения является компрессионная терапия. 92% опрошенных хирургов рекомендуют пациентам пользоваться трикотажем, но только 14 подбирают изделие с учетом размера и класса компрессии.

При лечении пациентов с ТГВ 23 респондентов не используют прямые антикоагулянты, а 36% не осуществляют перевод на непрямые антикоагулянты. Только 51% респондентов в комплексном лечении применяет ангиопротекторы и антиагреганты. Проведение реабилитационной программы к сожалению рекомендуют не все респонденты.

Анализ исследования показал, что большинство респондентов бессистемно использует прямые и непрямые антикоагулянты, практически не применяет инструментальные методы диагностики для оценки течения пато-

логического процесса и эффективности лечения пациентов с ТГВ. Также отсутствуют четкие подходы по оценке свертывающей системы крови у этой категории пациентов.

Выводы.

1. Помощь пациентам с острой и хронической венозной недостаточностью нуждается в дальнейшем совершенствовании.

2. Необходимо шире знакомить врачей с современными методами лечения данной патологии.

3. Врачам, осуществляющим лечение этой категории пациентов, следует пройти переподготовку на циклах посвященных проблемам диагностики и лечения заболеваний периферических сосудов.

Литература:

1. Phlebology / A. A. Ramelet [et al.]. - Elsevier Masson SAS - All rights reserved, ? 2008. - 570 p.

2. De Castro Silva, M. Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socio-economic significance / M. De Castro Silva // Phlebology. - 1995. - Suppl. 1. - P. 23-24.

3. Jantet, G. RELIEF study: fist European consolidated data / G. Jantet // Angiology. - 2000. - Vol. 51 (4). - P. 31-37.

4. Флебология: руководство для врачей / В.С.Савельев [и др.]; под ред. В.С.Савельева. - М.: Медицина, 2001. - 664 с.

5. Заболевания вен: пер. с англ / под ред. Х. С. Фронек; под ред. И. А. Золотухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 208 с.

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Фомин А.В., Овсяник Д.М.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. Возрастающие частота и тяжесть течения острого панкреатита позволяют считать проблему улучшения результатов лечения данной патологии одной из значимых для неотложной абдоминальной хирургии. При остром деструктивном панкреатите развиваются жизнеугрожающие осложнения одним из которых является абдоминальный сепсис [3].

Абдоминальный сепсис - это системная воспалительная реакция организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства [2]. Абдоминальный сепсис значительно осложняет течение панкреонекроза. При инфицированных формах панкреонекроза развитие абдоминального сепсиса по данным разных авторов наблюдается от 14-35 % до 50 % [4, 5].

Летальность при панкреонекрозе особенно в стадии гнойно-септических осложнений колеблется в пределах от 12 до 85,7%. Реабилитация выживших больных крайне сложна [1].

Цель. Повысить эффективность диагностики и лечения больных панкреатогенным абдоминальным сепсисом.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с осложнёнными формами панкреатита находившихся на лечении в УЗ

"ВГКБСМП" в 2009г. Диагноз абдоминального сепсиса выставлялся на основании наличия критериев SIRS, данных микробиологического исследования.

Результаты и обсуждение. В 2009г. в УЗ "ВГКБСМП" по поводу панкреатита находилось на лечении 712 больных, из которых впервые обратились 273 (38,34%) пациента, повторно 439 (61,66%). В связи с тяжестью состояния в РАО пролечено 177 (24,86%) больных. Прооперирован 21 пациент, в 7-ми случаях выполнялась лапароскопическое вмешательство: как основная операция в 3-х случаях, у 4-х больных после лапароскопии выполнялась лапаротомия; в послеоперационном периоде 7 пациентов умерли.

При анализе установлено, что у 68 больных наблюдались осложнённые формы панкреатита. Среди осложнений у всех диагностирован панкреонекроз. В чистом виде панкреонекроз был у 21% пациентов, его сочетание с парапанкреатитом отмечалось в 29% случаев, сочетание панкреонекроза с парапанкреатитом и оментобурситом у 10% больных

Примечание: Парапанкреатит-а, оментобурсит-б, параколит-с, паранефрит-d, параспленит-е, панкреонекроз-р, перитонит-f, множественные межкишечные абсцессы-k, оментит-l, нагноившееся киста-m, эрозия тканей селезёнки-n.

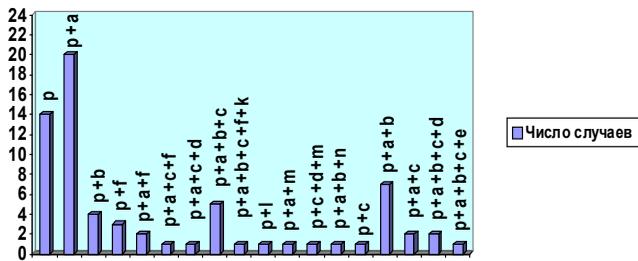


Рис. 1. Структура осложнений при остром панкреатите.

Абдоминальный сепсис был выставлен в 3-х случаях, в одном случае был выставлен как осложнение ССВО. При дополнительном анализе историй болезни установлено, что признаки абдоминального сепсиса присутствовали у 15 пациентов. Наиболее часто абдоминальный сепсис развивался на фоне панкреонекроза (21,4%) и сочетания панкреонекроза и парапанкреатита (14,3%).

Возраст выписанных (46,6%) пациентов составил от 24 до 89 лет (средний 50 7лет), умерших (53,3%) - от 26 до 89 лет (средний 67 8 лет). Длительность госпитализации составила 28 8 койко-дней (в РАО 6 2 к.д).

С профилактической целью все больные получали следующие антибиотики: метронидазол, цефотаксим, ципрофлоксацин. В случае неэффективности проводимой антимикробной терапии, а также после получения результатов бактериологического исследования производилась корректировка используемых антибиотиков с применением в 35,7% - амписульбина, амикацина, сти-зона; в 28,6% - целопинема; в 21,4% - левофлоксацина, амицила; в 14,3% - ванкомицина, амоксициллина, цефепима; в 7,1% фурадонина, цефазолина, цефтриаксона, линезолида.

Для бактериологического исследования у 85,7% выписанных и 37,5% умерших пациентов производился забор выпота брюшной полости, мазков с деструктивно изменённых участков поджелудочной железы и окружающих тканей (интраоперационно), забор крови (до, во время и после операции в динамике). Микрофлора, выявленная при посевах представлена следующими видами: в 25% случаев *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, в 12,5% *Acinetobacter calcoaceticus*, *Staphylococcus Aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecium*.

Полученные штаммы были чувствительны в 40% случаев к фурадонину; в 30% к моксифлоксацину; в 20% к амписульбину, амикацину, окситетрациклину, офлаксо-

цину; в 10% к ампициллину, цефоперазону, цефазолину, доксициклину, гентамицину, ванкомицину, амоксициллину, цефтриаксону. Имелась устойчивость в 60% к цефтазидиму; в 50% к хлорамфениколу; в 20% к нитрофурантоину, ампициллину; в 10% к имипинему, хлортетрациклину, левофлоксацину, норфлоксацину, спарфлоксацину, цефоперазону, гентамицину.

Оперативное лечение выполнялось 94% пациентов. В первые сутки оперированы 30,7% больных, 2-3 сутки - 30,7%, 4-7 сутки - 23%, более 7 суток - 15,4%. Основным методом являлась лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, лаваж и дренирование брюшной полости. В 33% выполнялась оментобурсостомия. В 20% выполнялись многократные санации брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Наиболее частым доступом для ревизии и дренирования забрюшинного пространства была срединная лапаротомия, в 15% она сочеталась с люмботомией.

Выводы.

1) SIRS у больных с острым деструктивным панкреатитом выставляется в качестве осложнения реже чем встречается клинически. 2) Абдоминальный сепсис продолжает оставаться одной из самых тяжёлых хирургических патологий; по нашим данным летальность составила 53,3%. 3) Выполнение бактериологического исследования с ранних сроков с последующей коррекцией антибиотикотерапии может способствовать профилактике тяжёлых форм абдоминального сепсиса.

Литература:

1. Иммуные и ферментные нарушения у больных острым панкреатитом. Б.С. Брискин [и др.] // Хирургия. - 2001. - № 7. - С. 21-24.
2. Гельфанд, Е.Б. Клиническая характеристика абдоминального сепсиса у хирургических больных / Е.Б. Гельфанд, В.А. Гологорский, Б.Р. Гельфанд // Инфекция и антимикробная терапия. - 2000. - Т. 2, № 1. - С. 6-13.
3. Ерюхин, И.А. Хирургические инфекции / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпникова. - СПб., 2005. - 560 с.
4. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В. Завада. - Мн.: БелМАПО, 2006. - 117 с.
5. Савельев, В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. - М.: ООО "Мед. Информ. Агенство", 2008. - 264 с.

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Шапо Г.М., Шляхтунов Е.А., Немцова М.Л.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет "

Актуальность. Опухоли желудочно-кишечного тракта относятся к одним из наиболее часто встречаемых злокачественных новообразований. По данным Витебского областного клинического онкодиспансера в 2009 году среди онкологических заболеваний рак толстой кишки желудка прочно удерживает третье место, а

рак желудка - четвертое место. толстой кишки вышел на третье место. Полипы относятся к предопухолевым заболеваниям желудка и толстой кишки [1].

При диагностике предраковых состояний, раннего рака желудка и толстой кишки важно знать, что симптомы заболевания практически неотличимы от хрони-