



Медицина в Кузбассе



Рецензируемый научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: (3842) 73-52-43
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Макетирование:

И.А. Коваленко

Директор:

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35

Тираж: 200 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Разумов А.С. – ответственный секретарь,
Подолужный В.М. – зам. главного редактора, Чурля-
ев Ю.А., Шипачев К.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золотов Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Самсонов А.П. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДА НОВОКУЗНЕЦКА
МЛПУ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»
ГОУ ДПО «НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ РОСЗДРАВА»
ГОУ ВПО «КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ РОСЗДРАВА»
ФИЛИАЛ ГУ НИИ ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ РАМН

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 7-2008: СПОРНЫЕ И СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, г. Новокузнецк. 10 октября 2008 г. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2008. — 80 с.

Спецвыпуск содержит материалы межрегиональной научно-практической конференции «Спорные и сложные вопросы хирургии. Ошибки и осложнения».

Редакционная коллегия выпуска:

Главный редактор:

Профессор А.И. Баранов

Редакционный совет:

Профессор Э.М. Перкин
Профессор А.Г. Короткевич
Ю.В. Валуйских

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ

Цель нашей работы состояла в изучении ряда вопросов патогенеза первичных хронических лимфатических отеков для разработки новых методов консервативного лечения.

За период с 1995 по 2007 год нами было обследовано 79 лиц женского пола в возрасте от 9 до 48 лет с первичными лимфатическими отеками нижних конечностей. У всех пациентов лимфатические отеки находились в стадии субкомпенсации или декомпенсации.

Диагностический алгоритм включал в себя ультразвуковое исследование артерий и вен, хромолимфографию, лимфографию, прямую лимфоманометрию, флебографию, непрямую лимфосцинтиграфию с коллоидом ^{99}Tc , измерение периметра конечностей на шести стандартных уровнях (по Абалмасову К.Г., 1988) с определением коэффициента асимметрии (по Альбертон И.Н., 1981), оценка гидрофильности тканей пробой Мак Клюра-Олдрича, определение толщины кожной складки с выявлением симптома Stemмера на тыльной поверхности стопы, биопсия кожи и подкожной клетчатки, методом ИФА выявлялись специфические антитела к вирусам простого герпеса, цитомегалии и к *T. gondi*.

При первичных лимфатических отеках нижних конечностей выявлено 2 типа лимфотока: 1 — эпифасциальный, направленный преимущественно по ходу большой подкожной вены; 2 — смешанный, состоящий из субфасциального (направленного вдоль глубоких магистральных вен голени и бедра) и диффузного (идущего по интерстицию мягких тканей на протяжении всей нижней конечности). Почти всегда имеется разной степени выраженности гипоплазия лимфатических сосудов, паховых, подвздошных и парааортальных лимфатических узлов. В ряде случаев нами было отмечено шунтирование через лимфатическое русло передней и задней брюшных стенок при гипоплазии паховых и подвздошных лимфоузлов. Патологического шунтирования через лимфатические сосуды брыжейки и кишечника нами отмечено не было.

По данным ультразвукового исследования и флебографии вен нижних конечностей отмечалась недостаточность клапанов магистральных вен и

перфорантных вен, у 36,7 % наших пациенток с первичными лимфатическими отеками выявлены признаки венозной недостаточности.

При гистологическом исследовании биоптатов подкожной клетчатки была выявлена гиперплазия эндотелия лимфатических сосудов и капилляров, суживающая их просвет на 65-67 %.

Методом ИФА были выявлены специфические антитела к вирусам простого герпеса, цитомегалии и к *T. gondi* у 18 пациенток.

Все эти находки подтолкнули нас внести коррективы в лечебный алгоритм хронических первичных лимфатических отеков. В настоящее время курс терапии первичных лимфатических отеков состоит из следующих лечебных мероприятий — антиагрегантная терапия (аспирин, трентал, агапурин), стимуляция лимфодренажа (детралекс, гимнастика по Лемону-Филатову или Каслей Смит), противоотечная терапия на аппарате «Каскад», вено-лимфопрессия, ношение индивидуально подобранных эластических изделий с внешней компрессией 13-25 мм рт. ст. При выявлении антител к вирусу простого герпеса или цитомегаловируса проводили лечение специфическими противовирусными препаратами (зовиракс, лейкоинтерферон), а при выявлении антител к *T. Gondi* проводили лечение противотоксоплазмозными препаратами (спирамицин, ровамицин) стандартными дозировками. Следует отметить, что у больных, которым проводилась противовирусная и противотоксоплазмозная терапия, ремиссия продолжалась дольше, а эффект от проводимой стандартной терапии начинался раньше.

Таким образом, мы считаем, что в механизмах развития первичных лимфатических отеков есть доля участия вирусных и протозойных инфекций, обладающих тропностью к эндотелию лимфатических сосудов. Выявляемая венозная недостаточность играет значительную роль в прогрессировании первичных лимфатических отеков и нуждается в соответствующей терапии. При проведении комплексной терапии необходимо включать в курс медикаментозного лечения препараты, стимулирующие лимфодренаж и венозный отток, а также проводить противовирусную и противопрозою химиотерапию.

О ПРИЧИНАХ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАЦИОННОЙ АРТРОСКОПИИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Нами проведено исследование среди 100 пациентов, страдающих деформирующим остеоартрозом коленного сустава (ДГА) 2-3 стадии. Пациенты лечились в травматологическом отделении НУЗДКБ на ст. Новосибирск-Главный в период с 2000 по 2006 гг. Пациентам проведена санационная артроскопия по общим показаниям. По данным ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) в дооперационном периоде у больных оценивался регионарный кровоток (РК) и рассчитывался артерио-венозный индекс (АВИ) нижней конечности, где имел место ДГА.

У всех исследованных пациентов АВИ исходно на всех сегментах превышал норму. Полученные данные свидетельствуют о наличии венозной недостаточности, проявляющейся в нарушении венозного оттока в конечности и, как следствие, в развитии венозного стаза. Больным исследуемой группы проводилась контрольная УЗДГ сосудов оперированной конечности в стандартных точках по стандартной методике с определением АВИ на третьи сутки и через 2 месяца после перенесенного оперативного вмешательства. Исходно АВИ в бедренном сегменте (БС) — $2,6 \pm 0,03$, подколенном (ПС) — $2,5 \pm 0,027$, задне-берцовом (ЗБС) — $1,78 \pm 0,028$, суральном (СС) — $2,8 \pm 0,03$. Через 3 суток после операции: БС — $2,39 \pm 0,025$, ПС — $2,09 \pm 0,024$, ЗБС — $1,14 \pm 0,027$, СС — $1,52 \pm 0,023$. Через 2 месяца после операции: БС — $2,4 \pm 0,02$, ПС — $2,3 \pm 0,015$, ЗБС — $1,7 \pm 0,03$, СС — $2,3 \pm 0,023$. Из полученных данных видно, что после проведения САС отмечено снижение показателя АВИ на 3-и сутки практически во всех сегментах, но в большей мере в подколенном, задне-берцовом и суральном сегментах, а в бедренном — в меньшей. Уменьшение показателя, его приближение к единице, говорит о том, что после проведенного вмешательства отмечается снижение степени венозного застоя в оперированной конечности в сравнении с исходными данными. В послеоперационном периоде отмечается уменьшение болевого синдрома, уменьшение явлений синовита, увеличение объема движений, улучшение качества жизни пациентов. Но данный эффект сохраняется недолго, и уже через 3-6 месяцев у 45 % пациентов отмечается рецидив болевого синдрома.

При исследовании показателей регионарного кровотока оперированной конечности после са-

национной артроскопии через 2 месяца выявлено, что изменения артерио-венозного индекса носят нестойкий характер и стремятся к исходным показателям. Это приводит к рецидиву венозного застоя, усилению субхондральной венозной гипертензии и, как следствие, к рецидиву болевого синдрома. Кроме того, отсутствие восстановления нормальных показателей кровоснабжения сустава не препятствует прогрессированию деформирующего остеоартроза.

С целью улучшения результатов лечения больных ДГА решено дополнить санационную артроскопию реваскуляризирующей остеотомией проксимального метаэпифиза большеберцовой кости. Исследование проведено среди 20-ти пациентов ДГА 2-3 ст. В ближайшем послеоперационном периоде аналогично, как и после санационной артроскопии, выполнена УЗДГ сосудов нижней конечности с расчетом АВИ. Через 3 суток после операции: БС — $22,11 \pm 0,026$, ПС — $1,79 \pm 0,03$, ЗБС — $1,52 \pm 0,025$, СС — $2,1 \pm 0,022$. Через 2 месяца после операции: БС — $2,03 \pm 0,009$, ПС — $1,4 \pm 0,02$, ЗБС — $1,76 \pm 0,008$, СС — $1,58 \pm 0,01$. Из полученных данных видно, что санационная артроскопия в сочетании с реваскуляризирующей остеотомией большеберцовой кости приводит к нормализации кровотока в нижней конечности за счет уменьшения венозного стаза, субхондральной декомпрессии и усиления артериального кровотока. В раннем послеоперационном периоде, как и после изолированной санационной артроскопии, отмечается уменьшение болевого синдрома, уменьшение явлений синовита, увеличение объема движений, улучшение качества жизни пациентов. Данные изменения сохраняются и через 2 месяца. Рецидива болевого синдрома через 3-6 месяцев практически не наблюдалось.

ВЫВОДЫ:

Больным, страдающим деформирующим остеоартрозом коленного сустава 2-3 ст., которым показано выполнение санационной артроскопии, необходимо выполнение в дооперационном периоде ультразвуковой доплерографии сосудов нижней конечности с расчетом артерио-венозного индекса. При наличии признаков венозного стаза по данным УЗДГ необходимо дополнять санационную артроскопию реваскуляризирующей остеотомией.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР БИЛИАРНО-ДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Наиболее часто повреждение желчных протоков наблюдается после холецистэктомии (0,1-3 %), а также после резекции желудка (0,14 %). По нашим данным, повреждение желчных протоков интраоперационно выявляется в 23 % наблюдений, а остальные в различные сроки после оперативного вмешательства на фоне клинической картины желчного перитонита или механической желтухи, вследствие образования посттравматической рубцовой стриктуры внепеченочных желчных протоков.

Цель исследования — разработать надежный, эффективный и долговечный способ лечения стриктур внепеченочных желчных протоков для ликвидации клинической картины холангита и улучшения качества жизни пациентов с травматическими повреждениями внепеченочных желчных протоков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ лечения 74 больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков с формированием посттравматических рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. Выполнена экспериментальная работа на беспородных собаках. Целью эксперимента являлось гистологическое доказательство реактивности нитеноловых стентов в просвете желчных протоков. В клинической части работы применены различные способы диагностики: УЗИ и КТ брюшной полости, РПХГ, чрезкожная чрезпеченочная фистулография, чрезкожная чрезпеченочная холангиоскопия зоны рубцовой стриктуры. Использованы и установлены нитиноловые стенты различного диаметра и длины с системой доставки к месту расположения посттравматической стриктуры. Проведен анализ качества жизни

больных в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За период 2005-2008 гг. 30 больным проведено чрезкожное чрезпеченочное постоянное каркасное стентирование зоны рубцовой стриктуры нитиноловыми стентами с системой доставки с целью ликвидации клинической картины механической желтухи. Оперативное лечение проводилось под седацией, без общего обезболивания в условиях рентгеноперационной с оставлением контрольного дренажа и холедохоскопическим послеоперационным контролем установленного стента. Послеоперационный койко/день — 2, летальных исходов не было. Отдаленные результаты проведенного лечения отслежены в течение 4-х лет. Качество жизни больных по анкете ВОЗ — 350-400 баллов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преимущества заявленного способа лечения: выполнение методики возможно в отдаленном периоде после повреждения; малая инвазивность и атравматичность; применение рентгенэндопротоктовой техники; не требует проведения широкого лапаротомного доступа; исключается необходимость открытых манипуляций на стриктуре; проведение операции под седацией без общего обезболивания; возможность интраоперационного эндоскопического контроля; возможность проведения повторных видеоконтрольных манипуляций; уменьшение послеоперационного койко-дня; улучшение качества жизни пациентов в послеоперационном периоде; исключение выхода пациентов на инвалидность и снятие ранее данной инвалидности после выполненной методики.



АНИЩЕНКО В.В., ШЕВЕЛА А.И.
Новосибирский государственный медицинский университет,
Центр Новых Медицинских Технологий СО РАН,
г. Новосибирск

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО ДОСТУПА В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ

Технология N.O.T.E.S (natural orifices transluminal endoscopic) находится под пристальным вниманием врачей-хирургов занимающихся малоинвазивной хирургией, на сегодняшний день разрабатываются новейшие гибкие эндоскопические системы и инструментов, а также хирургические приемы в эксперименте и внедрение их практику. На состоявшемся 16-м интернациональном конгрессе Европейской Ассоциации эндоскопических хирургов обсуждались вопросы доступа к выполнению операции, первый хирургический опыт, который составляет от нескольких до нескольких десятков случаев, внедрение технологии в различные виды хирургической помощи. Наибольшее значение придается вопросам стерильности доступа и возможности его закрытия с применением разных методик. Наиболее часто в клинической практике использована лапароскопическая ассистенция.

Мы выполнили несколько хирургических вмешательств с использованием двухканального эндоскопа на органах малого таза (аднексэктомия), почке (киста), печени (поликистоз), холецистэктомии трансвагинальным доступом. В данном сообщении характеризуется первый опыт вмешательства на печени и желчном пузыре. Нами выполнен трансвагинальный доступ для эндоскопа, далее с использованием щипцов и коагуляцион-

ного торцевого электрода выполнена фенестрация кист с иссечением стенки и экспресс-гистологией.

Вторым этапом начата мобилизация желчного пузыря из спаечного перипроцесса, при этом мы дополнительно использовали 3 мм зажим для краниальной тракции пузыря, мобилизация не составляла больших технических трудностей, но после выделения шейки и пузырного протока мы столкнулись с большим диаметром пузырного протока и ненадежностью его клипирования через эндоскоп, что привело к необходимости постановки клипатора в пупочное кольцо и использованию металлических клипс. Желчный пузырь удален через трансвагинальный доступ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возможности осмотра поверхности, диагностики, биопсии печени, а также вмешательстве при простых кистах с применением N.O.T.E.S значительно выше, чем при использовании жесткой лапароскопической оптики, и не требует постановки дополнительного инструмента.

Широкое использование N.O.T.E.S при вмешательствах на желчевыводящих путях пока ограничено несовершенством и малым спектром инструментария, но, вероятнее всего, это будет нивелировано в дальнейшем.

АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., ИВАНОВ В.В., КРУЧИНИН Е.В.
Тюменская областная клиническая больница,
г. Тюмень

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Лечение больных с большими и гигантскими послеоперационными грыжами и в настоящее время вызывает определенные затруднения на всех этапах оперативного лечения. Наряду с решением выбора оптимальной оперативной техники, возникает необходимость профилактики тяжелых осложнений, которые

могут привести к летальному исходу, что особенно важно при больших и гигантских вентральных грыжах. Так же отмечаем, что у таких пациентов в 72 % случаев наблюдается ожирение, а у 34 % наблюдался и метаболический синдром, проявляющийся сахарным диабетом 2 типа, артериальной гипертензией, ухудшением процессов регене-



рации тканей. Ожирение с позиции клинициста остается труднорешаемой проблемой как для сотен миллионов людей, так и здравоохранения в целом, в связи с высокой распространенностью в большинстве стран мира и ранней инвалидизацией этой категории пациентов.

В отделении хирургии ТОКБ за период с 1995 г. по 2008 г. оперировано 589 больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами, что составило 13 % от всех вентральных грыж, и 23 % из них — рецидивные.

В течение последних трех лет отделение занимается хирургическим лечением морбидного ожирения. Нами оперировано 29 пациентов, из которых у 6 операция билиопанкреатического шунтирования выполнена в сочетании с грыжесечением и герниопластикой по поводу больших и гигантских грыж передней брюшной стенки и морбидного ожирения.

Морбидное ожирение в данных ситуациях является не столько отягощающим фактором развития грыж, но и рассматривается нами основным патогенетическим механизмом развития грыжи. За счет метаболического синдрома отягощается течение послеоперационного периода, а так же увеличивается риск рецидива грыжевого процесса.

Оперативный прием герниопластики у больных морбидным ожирением при вентральных грыжах является определяющим для прогнозирования рецидива. Нами применяется способ размещения имплантата (полипропиленовой сетки) *andelay*, при которых сетка располагается подпневротически. Такое размещение сетчатого имплантата минимизировало его расход и длительность послеоперационного периода в результате уменьшения экссудативных процессов. Данным способом выполнена операция у всех пациентов, оперированных в сочетании с операцией билиопанкреатического шунтирования по поводу морбидного ожирения.

Стоит отметить, что у двух больных сверхожирением (ИМТ > 60) без грыж оперативное вмешательство так же завершено размещением полипропиленовой сетки подпневротически для профилактики развития грыжи в послеоперационном периоде, т.к. у этих больных интраоперационно определена слабость апоневроза.

В результате динамического наблюдения пациентов этой группы мы не наблюдали осложнений в послеоперационном периоде, как со стороны герниопластики, так и со стороны лечения морбидного ожирения.

Для лечения морбидного ожирения мы используем операцию Скопинаро.

Выбор операции билиопанкреатического шунтирования обусловлен тем, что данная методика включает как рестриктивный, так и мальабсорбтивный компоненты, что необходимо учитывать при лечении больных со сверхожирением. Прооперировано 29 больных с ИМТ 46-72 кг/м².

При динамическом наблюдении ритм потери массы тела был различным, однако он оказался особенно быстрым в течение первых 3-6 месяцев после операции. Исходная масса тела больных составляла 171 ± 41 кг. Снижение массы тела за 3 месяца составляло 30-40 кг (19 %); через 6 месяцев — 50-70 кг (33,2 %); через год — 70-90 кг (42,8 % исходной МТ).

У всех пациентов через 6 месяцев наблюдалась компенсация артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа.

У больных метаболическим синдромом в результате морбидного ожирения после операции в первый месяц наблюдается явление метаболического провала, способствующего улучшению регенерации тканей и компенсации сахарного диабета.

Длительность госпитализации составила 7-10 дней, как при лечении больных только вентральными грыжами. Отмечено более тяжелое состояние больных после симультанных операций в течение первых 2 суток послеоперационного периода, что обусловлено тяжестью операции и длительностью анестезиологического пособия.

Длительность операции при вентральном грыжесечении составляет 1-2 часа; длительность операции грыжесечения и операции Скопинаро — 3-5 часов.

Утяжеление оперативного пособия считаем обоснованным, так как лечение грыж осуществляется, по сути, патогенетически. Операции у больных вентральными грыжами с морбидным ожирением без бариатрического компонента считаем малооправданными в плане жизненных перспектив у данной категории пациентов.





КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

В настоящее время не вызывает сомнения большая социальная значимость морбидного ожирения. В связи с этим, во всем мире и в России все большее развитие получает бариатрическая хирургия. Пациентам этого плана не поможет уже ни диета, ни медикаментозное лечение, ни, тем более, физическая нагрузка, которая для них уже просто невыполнима. Данная категория больных страдает массой сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, деформирующий артроз нижних конечностей и т.д.). Все это делает проблему многоплановой и важной для общества, тем более, что вышеуказанные нозологии значительно влияют на продолжительность жизни, что немаловажно при нынешней демографической ситуации в России.

Сегодня избыточным весом на планете страдают около 1 млрд. человек. Ожирение, то есть значительный избыток массы тела, имеет каждый десятый ее житель, а тяжелая форма заболевания (морбидное ожирение) в экономически развитых странах встречается у 3-5 % населения. Эксперты ВОЗ предполагают двукратное увеличение количества лиц с ожирением к 2025 году, по сравнению с 2000 г.

Накоплен клинический опыт, свидетельствующий о том, что ожирение относится к важнейшим факторам риска развития сахарного диабета, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и ряда других тяжелых заболеваний внутренних органов.

В последние десятилетия различные гормонально-метаболические нарушения и заболевания, ассоциированные с ожирением, стали рассматриваться в комплексе, поскольку практически каждое из них, являясь фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в сочетании многократно увеличивает риск развития макрососудистых атеросклеротических заболеваний. В 90-е годы метаболические нарушения и заболевания, развивающиеся у лиц с ожирением, объединили рамками «метаболического синдрома».

Опыт клиники по хирургическому лечению морбидного ожирения составляет более ста пациентов с 2003 года.

В качестве оперативного лечения мы применяем операции билиопанкреатического шунтирования. Билиопанкреатическое шунтирование выполнено 29 пациентам.

Выбор операции билиопанкреатического шунтирования обусловлен тем, что данная методика

включает как рестриктивный, так и мальабсорбтивный компоненты, что необходимо учитывать при лечении больных со сверхожирением. Включение мальабсорбтивного компонента приводит к метаболическим сдвигам в течение первого года, что позволяет в послеоперационном периоде добиться излечения метаболического синдрома.

Все пациенты страдали артериальной гипертензией, в 78 % наблюдается сахарный диабет 2 типа, ишемическая болезнь сердца наблюдалась у 55 % больных.

Прооперировано 29 больных с ИМТ 46-72 кг/м².

Послеоперационный период у пациентов проходил удовлетворительно. На второй день они переводились из отделения реанимации в отделение хирургии, где кроме стандартной инфузионной терапии мы их активизировали и требовали вставание пациентов на ноги уже на вторые сутки после операции.

Выписывались пациенты из стационара на 7-10 суток.

После операции всем пациентам назначена стандартная заместительная терапия. Ведение больных осуществлялось совместно с врачами эндокринологами Института терапии.

При динамическом наблюдении ритм потери массы тела был различным, однако он оказался особенно быстрым в течение первых 3-6 месяцев после операции. Исходная масса тела больных составляла 171 ± 41 кг. Снижение массы тела за 3 месяца составляло 30-40 кг (19 %); через 6 месяцев — 50-70 кг (33,2 %); через год — 70-90 кг (42,8 % исходной МТ).

У всех пациентов через 6 месяцев наблюдалась компенсация артериальной гипертензии и излечение сахарного диабета 2 типа, что доказано лабораторными и инструментальными методами обследования.

В послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений у оперированных больных.

Отсутствие осложнений мы объясняем комплексным подходом при обследовании больных на предоперационном этапе, индивидуальным объемом мальабсорбтивного этапа, тщательной техникой оперирования, современной анестезией и ранней активизацией пациентов. Таким образом, отсроченные результаты операции позволили нам убедиться в высокой эффективности и безопасности операции для пациентов.

Возникновение артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца у больных с мор-

бидным ожирением должно рассматриваться как результат избыточной массы тела, поэтому лече-

ние первостепенно должно быть направлено на коррекцию сверхожирения.

АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., КРУЧЕНИН Е.В., ИВАНОВ В.В.
Тюменская областная клиническая больница, отделение хирургии,
г. Тюмень

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ СКОПИНАРО. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ

Опыт клиники по немедикаментозному лечению морбидного ожирения составляет более ста пациентов с 2003 года. Нами используется установка внутрижелудочных баллонов и оперативное лечение.

В качестве оперативного лечения мы применяем операции билиопанкреатического шунтирования и лапароскопическое бандажирование желудка, что позволяет выбрать больному и нам по медицинским показаниям наиболее подходящее оперативное пособие. Билиопанкреатическое шунтирование выполнено 29 пациентам, лапароскопическое бандажирование желудка – 8 больным. Внутрижелудочные баллоны установлены 68 пациентам, из них восьми пациентам в качестве предоперационной подготовки перед операцией билиопанкреатического шунтирования.

Операция лапароскопического бандажирования желудка применяется нами у пациентов с ИМТ до 50, средний ИМТ составил 46. Средний ИМТ для операции билиопанкреатического шунтирования составил 62. Восемью пациентам с ИМТ 55-72 в качестве предоперационной подготовки устанавливали внутрижелудочный баллон – у больных отмечено снижение массы тела на 3-12 кг за 6 месяцев с умеренной компенсацией ассоциированных с ожирением заболеваний. Стоит отметить так же, что применение интрагастриального баллона на предоперационном этапе подготавливает больного к операции и в психологическом плане.

Выбор операции билиопанкреатического шунтирования обусловлен тем, что данная методика включает как рестриктивный, так и мальабсорбтивный компоненты, что необходимо учитывать при лечении больных со сверхожирением.

Включение мальабсорбтивного компонента приводит к метаболическим сдвигам в течение первого года, что описано многими авторами.

Нами отмечены изменения в первый месяц после операции билиопанкреатического шунтирования, что мы обозначаем «метаболическим провалом». Такого понятия в литературе мы не встретили.

У пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдается субфебрилитет на фоне отсутствия послеоперационных осложнений, что обусловлено резким изменением обмена веществ в сторону катаболизма с увеличением уровня АСТ, АЛТ на 15-27 % и постоянным субфебрилитетом до $37,4 \pm 2$. Так же клинически в этом симптомо-комплексе отмечаются слабость, тремор рук и эйфоричность. Данные проявления проходят через 1 месяц после операции. Таких явлений мы не наблюдали при использовании других способов лечения морбидного ожирения (бандажирование желудка, установка внутрижелудочных баллонов), а также при выполнении объемных оперативных вмешательств, не связанных с лечением ожирения у больных с его морбидными формами.

Проявления метаболического провала не требуют медикаментозной коррекции, больные по данным изменениям не испытывают дискомфорта. Явления самостоятельно купируются в течение 21-28 дней после операции.

В послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений у оперированных больных.

Отсутствие осложнений мы объясняем комплексным подходом при обследовании больных на предоперационном этапе, индивидуальным объемом мальабсорбтивного этапа, тщательной техникой оперирования, современной анестезией и ранней активизацией пациентов.

Изучение клинико-метаболических изменений при операциях по снижению веса считаем первостепенным, поскольку в задачи таких операций входит нормализация метаболических процессов, на фоне патологии которых и возникает заболевание морбидного ожирения.



БАТИСКИН С.А.
ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Ф
едерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
г. Новокузнецк

ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНЫХ АМПУТАЦИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цель исследования — изучить результаты сохранения коленного сустава у больных с диабетической ангиологией после первичной ампутации голени.

Проведен анализ базы данных «Клиника» за период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2007 года. Изучены случаи первичных ампутаций голени у больных с сахарным диабетом. При оценке результатов учитывался уровень усеечения конечности и шанс сохранения коленного сустава в течение 12 месяцев.

Первичная ампутация голени выполнена 143 пациентам. Из них в 112 случаях на фоне ишемии IV степени критической ишемии конечности (КИК) не было. Реампутации на уровне бедра в этой группе проведены у 8 пациентов (7,1 %). У 31 больного выявлена КИК. Реампу-

тация на уровне бедра выполнена 5 пациентам (16,1 %).

Таким образом, шанс сохранения коленного сустава в течение 12 месяцев у пациентов с диабетической ангиопатией высокий, как при КИК, так и у больных без признаков КИК. Это обусловлено дистальным поражением сосудистого русла (ниже паховой складки) и проходимость глубокой артерии бедра.

Приведенные данные опровергают сложившееся среди хирургов мнение о целесообразности проведения ампутации на уровне бедра, что гарантирует быстрое заживление первичным натяжением послеоперационной раны.

Сохранение коленного сустава повышает перспективы дальнейшей реабилитации пациента.

БАШИРОВ С.Р., БАШИРОВ Р.С., ШУМАЕВ М.Д., ЕКИМОВ С.С.
Томский военно-медицинский институт,
кафедра и клиника военно-полевой хирургии,
г. Томск

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

Контрастирование тазовых органов при спиральной компьютерной томографии, полипозиционной рентгенографии и ультразвуковом исследовании упрощает визуализацию патологического процесса и увеличивает информативность исследования. Для этого выполняют контрастные клизмы, во влагалище вводят контрастные метки или салфетки, используют полный мочевого пузыря, пероральное и внутривенное контрастирование.

Контрастирование прямой кишки является особенно значимым методом визуализации не только ее самой, но и параректальной клетчатки, тазового дна, задней стенки мочевого пузыря, семенных пузырьков, простаты, влагалища, матки и пр. Однако с помощью известных методов контрастирования сложно добиться полного расправления стенок прямой кишки по типу тугого наполнения. Вводимое с помощью клизмы контрастное вещество легко распространяется за пределы ампулы. Сохраняющая естествен-

ная складчатость прямой кишки на фоне анатомических изгибов и перистальтики затрудняют объективизацию патологического процесса, особенно у пациентов перенесших оперативные вмешательства на прямой кишке и смежных органах таза.

С целью повышения эффективности лучевых методов диагностики новообразований прямой кишки нами разработано устройство для контрастирования тазовых органов, состоящее из наконечника для ирригоскопии соединенного с полихлорвиниловой трубкой и закрепленным на нем тонкостенным латексным баллоном (патент на полезную модель № 66934 от 10.10.2007). Накануне исследования в задний проход вводят наконечник с закрепленным на нем латексным баллоном. Баллон заполняют водорастворимым контрастным раствором до ощущений позыва на дефекацию и проводят исследование (приоритет № 2007120294 от 30.05.2007).

С помощью спиральной компьютерной томографии дана объективная оценка контрастному устройству и способу исследования. Изучена роль нового способа в диагностике местного распространения злокачественных опухолей прямой кишки, их лимфогенного метастазирования. Обобщены с помощью нового устройства КТ-признаки ректального рака в соответствии с требованиями Международной классификации TNM. Описаны КТ-симптомокомплексы для категорий T1-2, T3 и T4 опухолей прямой кишки (рис. 1А). Изучена результативность контрастного устройства в диагностике послеоперационных местных рецидивов рака прямой кишки. Показана эффективность универсального устройства в диагностике обширных ректовагинальных свищей (рис. 1Б).

прямой кишки с целью исследования величины и формы ампулы, функционального состояния лонно-прямокишечной мышцы и аноректального угла, контура задней стенки прямой кишки и пресакрального пространства.

Разработана методика дефекографии для изучения эвакуаторной функции колостомы. Исследование проводили под контролем рентгеноскопии, путем капельного наполнения баллона, установленного в кишку контрастным раствором до самопроизвольного опорожнения стомы.

Продemonстрировано, что использование разработанного устройства при ультразвуковом исследовании органов таза трансабдоминальным датчиком упрощает топическую диагностику патологического процесса в прямой

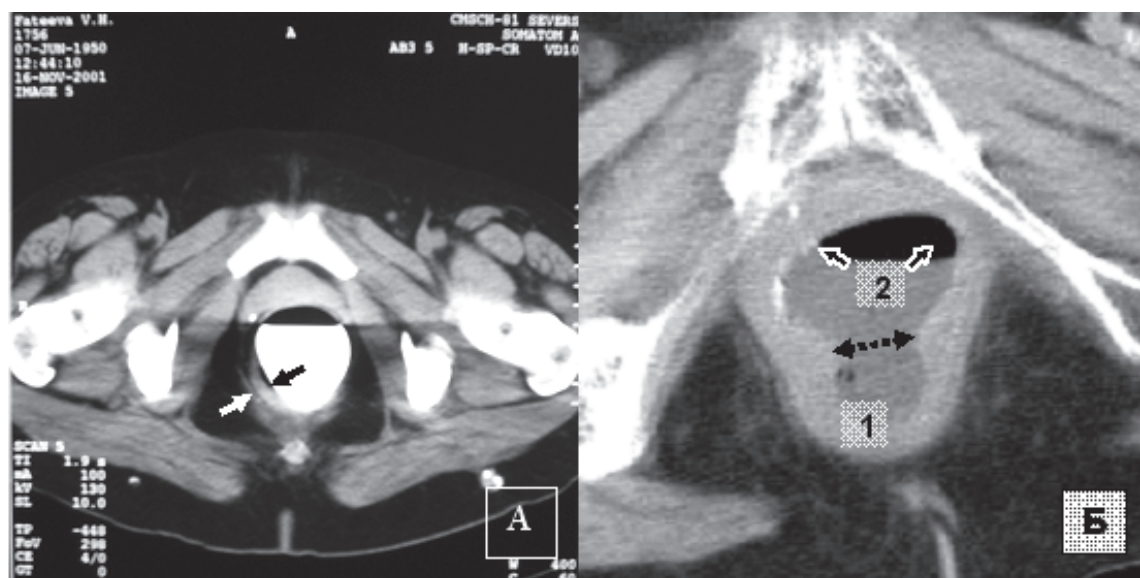


Рис. 1. Компьютерная томография органов таза: А – блюдцеобразная опухоль нижеампулярного отдела прямой кишки ($T_2N_0M_0$), деформирующая контур баллона на 8 часах (указана стрелками); Б – область перехода баллона из ампулы прямой кишки (1) через свищевое отверстие (указано пунктирной линией) во

Разработан способ оценки резервуарной функции дистального отдела толстой кишки (прямой кишки, низведенной кишки, колостомы). Метод заключался в медленном наполнении баллона, установленного в ампулу кишки контрастным раствором до появления первых ощущений (пороговый объем), затем до позыва (объем дефекации), далее до дискомфорта (максимально переносимый объем). Исследование включало полипозиционную рентгенографию

кишке и окружающих органах. Таким образом, использование устройства для контрастирования тазовых органов позволяет существенно увеличить разрешающую способность компьютерной томографии, рентгенографии и ультразвукового метода исследования и использовать его не только для диагностики патологического процесса, но и для оценки функциональных результатов проведенного хирургического лечения.

ПЕРВИЧНЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Остро обстоит проблема лечения опухолей левой половины ободочной кишки, осложненных острой обтурационной непроходимостью. По-прежнему не существует единого подхода относительно тактики, а послеоперационная летальность достигает 10-40 %. Попытки наложения анастомозов на фоне острой кишечной непроходимости сопровождаются несостоятельностью в половине случаев. Поэтому основным методом лечения непроходимости, вызванной опухолями левой половины ободочной кишки, остается операция Гартмана. Реконструктивно-восстановительные операции в этом случае выполняются не чаще, чем у 10-20 % больных, и сопряжены со значительными техническими трудностями.

С целью улучшения результатов лечения острой обтурационной непроходимости нами разработан способ толстокишечного анастомоза, позволяющий адаптировать различные по диаметру дилатированную кишку престенотического отдела со спавшейся отводящей кишкой, увеличивая просвет кишечной трубки в зоне соустья. Мобилизацию престенотического участка ободочной кишки вместе с опухолью производили в объеме расширенной гемиколэктомии или субтотальной проксимальной либо центральной колэктомии. Протяженность мобилизованного престенотического участка кишки определялась в зависимости от жизнеспособности, а также с учетом удаления кишечного содержимого из проксимальных отделов кишки с целью декомпрессии приводящей петли анастомоза.

По проксимальной линии резекции на дилатированной петле престенотического отдела ободочной кишки в 9-12 мм от мобилизованного края брыжейки накладывали 2 узловых шва-держалки (один напротив другого). Растянув кишку между держалками, циркулярно рассекали серозно-мышечную оболочку в поперечном направлении до подслизистой основы. За счет самостоятельного сокращения пересеченных оболочек, а также дополнительного смещения их скальпелем, достигали оголение подслизистой основы кишки на ширину 7-11 мм. Этого было необходимо для прецизионного сопоставления кишечных оболочек различных по диаметру кишок. На спавшейся отводящей кишке, диаметр которой был в 2-3 раза меньше просвета дилатированного участка, для

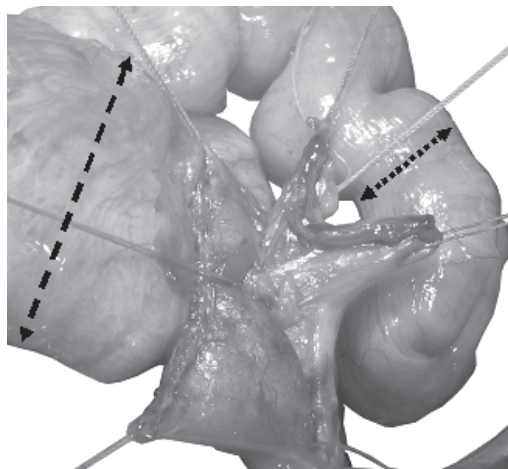
увеличения длины окружности соустья держалки располагали в косом направлении. Первую накладывали аналогично в 9-12 мм от мобилизованного края брыжейки. Вторую держалку располагали на противобрыжечном крае, отступив на длину поперечного сечения кишки в сторону немобилизованного участка кишки. Растянув кишку между держалками в косом направлении, производили рассечение серозно-мышечного слоя в форме зигзага, каждая грань которого составляла 8-12 мм. Также за счет сокращения мышечной оболочки и дополнительного смещения краев пересеченных оболочек скальпелем достигали оголение подслизистой основы кишки на ширину 7-11 мм.

В области задней полуокружности расширенной приводящей и спавшейся отводящей кишок накладывали узловые серозно-мышечные швы, ориентируя их по нижнему краю нанесенных рассечений. После наложения 7-8 швов производили их поочередное завязывание. Непрерывность слизисто-подслизистого слоя задней полуокружности анастомоза восстанавливали непрерывным подслизистым швом с помощью двух встречных кетгутовых нитей. Для этого кетгутом на атравматичной игле прошивали контактирующие между собой подслизистые слои задней полуокружности приводящей и отводящей кишок в области одного из углов анастомоза. Нить наполовину протягивали и завязывали. Точно также сшивали противоположный угол анастомоза. Одной из нитей левого угла анастомоза сшивали подслизистые слои задней стенки соустья до его середины так, чтобы каждый стежок непрерывного шва на расширенной приводящей кишке располагался по длиннику рассечения, а на спавшейся - под углом 45°. В шов брали 3-4 мм подслизистого слоя с шириной шага 2-3 мм. Используя эту же технику наложения подслизистого шва, одной из нитей правого угла сшивали другую половину задней полуокружности соустья. Кетгутовые нити слегка стягивали и завязывали между собой (рис.).

Просветы приводящей и отводящей кишок вскрывали путем рассечения стенки сначала задней полуокружности (выше на 1-2 мм подслизистого шва), а затем по передней полуокружности. Первый ряд передней полуокружности анастомоза формировали оставшимися кетгутовыми нитями. Сшивали подслизистые слои левой, а затем

и правой половин передней полуокружности соустья аналогично задней полуокружности. Затем накладывали 7-9 узловых швов на переднюю полуокружность соустья. Экстренные первично-восстановительные операции при стенозирующих опухолях левой половины ободочной кишки выполняются нами с 2000 года. Послеоперационная летальность составила 8,6 %. Несостоятельности соустья отмечено не было ни в одном случае.

Рисунок



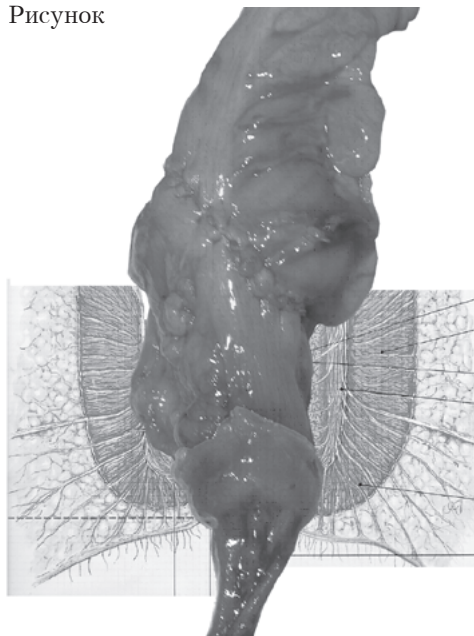
БАШИРОВ С.Р., ТРИФОНОВ М.Н., БАШИРОВ Р.С., ГАЙДАШ А.А., СЕМАКИН Р.В.
*Томский военно-медицинский институт,
Кафедра и клиника военно-полевой хирургии
г. Томск*

ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТЕКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА, ГЛУБОКОЙ ПОРЦИИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА И ЛЕВАТОРОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ

Стратегической целью лечения рака прямой кишки на современном этапе является выздоровление больных с сохранением функции управляемой дефекации. С этой целью пациентам с высоко- и среднел дифференцированными аденокарциномами T3N0-1M0-1 нижнеампулярного отдела прямой кишки с распространением на анальный канал нами разработана операция: проктэктомия с резекцией внутреннего сфинктера, глубокой порции наружного сфинктера и леваторов с одномоментным моделированием гладкомышечного сфинктера на низведенной кишке, резервуара и леватора (рис.).

Абдоминальным доступом выполняли мобилизацию кишки с тотальной мезоректумэктомией до уровня леваторов. Затем со стороны промежности на уровне анокутанной линии накладывали 4 держалки. Сразу за ними просвет анального канала герметизировали кисетным швом. Между держалками и кисетным швом канал пересекали и проникали в межсфинктерное пространство, через которое выполняли мобилизацию внутреннего

Рисунок



сфинктера, глубокой порции наружного сфинктера и леваторов в одном фасциально-футлярном блоке с препаратом прямой кишки.

На конце низводимой кишки формировали гладкомышечный жом путем циркулярного отсе-парирования серозно-мышечной оболочки высотой 12-15 мм от подслизистой основы и фиксации ее в форме манжеты.

На 2-2,5 см проксимальнее искусственного жома формировали толстокишечный резервуар оригинальным способом анастомозирования трех петель кишки в одно межкишечное соустье длиной 3-3,5 см. Для этого накладывали узловые швы на дубликатуру из сложенных вдвое петель кишки на протяжении 3-3,5 см. Контактирующие мышечные оболочки вдоль линии швов рассекали до подслизистых слоев, которые сшивали непрерывным кетгутовым швом. Приводящую петлю дубликатуры укладывали параллельно линии двухрядного шва и подшивали сначала узловыми швами к краю серозно-мышечного слоя соседней петли дубликатуры, рассекали ее мышечную оболочку и накладывали непрерывный кетгутовый шов между подслизистыми слоями соседних петель. Оголенные подслизистые слои каждой из трех сшитых между собой петель кишки продольно рассекали, вскрывая их просвет. При этом образовывались две задних полуокружности анастомоза и два свободных края приводящей и отводящей кишки. Данные свободные края приводящей и отводящей кишок сшивали подслизистым швом и перитонизировали по оригинальной методике (патент № 2206280 от 20.06.2003).

По передней полуокружности низведенной кишки между гладкомышечной манжетой и резервуаром формировали мышечную петлю (леватор), фиксируя ее к передней стенке дна малого таза.

После активной санации и дренирования малого таза производили низведение кишки на промежность и фиксировали ее узловыми швами за гладкомышечную манжету к кольцу подкожной порции наружного сфинктера. Избыток подсли-

зистой оболочки кишки после формирования мышечной манжеты использовали для создания валика неануса путем сшивания ее с перианальной кожей (патент № 2292846 от 10.02.2007).

Оперировано 6 больных (1 женщина и 5 мужчин в возрасте от 42 до 74 лет). Стадия Т3N0M0 отмечена у 3-х больных, стадия Т3N1M0 — у 1-го; стадия Т3N0(1)M1 — у 2-х. Послеоперационной летальности не было. У двух больных отмечено осложненное течение послеоперационного периода. В одном случае после проктэктомии возникло интенсивное кровотечение, потребовавшее тампонады малого таза и наложения колостомы (заживление вторичным натяжением). Во втором случае отмечен неполный внутренний свищ промежностной части низведенной кишки, который потребовал временного наложения двустольной трансверзостомы.

У 4-х пациентов с аденокарциномами Т3N0M0 и Т3N1M0 на фоне химиотерапии ксело-дой (капецитабин) отмечен безрецидивный отдаленный послеоперационный период. К настоящему времени срок после операции в одном случае достиг 4 лет, в другом — 3 года, у двух пациентов — по 1,5 года.

У 2-х пациентов с билобарными множественными метастазами печени (Т3N1M1 и Т3N0M1) на фоне полихимиотерапии отмечена стабилизация основного процесса в течение прошедших 8 месяцев после операции. В случае Т3N0M1 после 6 курсов ХТ по программе XELOX отмечена положительная динамика в виде уменьшения диаметра метастазов печени с начальными максимальными размерами 69 × 44 × 30 мм S4 до очаговых образований с наибольшим диаметром 48 мм.

В настоящее время все пациенты живы, признаков местного рецидива не отмечено. В течение первых 4-6 месяцев пациенты использовали памперсы. Через год больные удерживали твердый кал, пользовались подкладными, посещали театры, общие бани. Четверо больных приступили к труду.

БУРДИН В.В., ДРОЗДОВ С.С.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
г. Новокузнецк

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСИММЕТРИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Асимметрией в биологии называют отсутствие или нарушение закономерного расположения сходных частей тела относительно

определенной точки, оси или плоскости. Асимметрия молочных желез является практически нормальным явлением природного характера и не



является глобальной проблемой, если она находится в определенных границах. В литературе мы не нашли четкого количественного определения частоты встречающихся асимметрий молочных желез, считают что в той или иной степени, она встречается у всех женщин в различный период жизни. Большинство женщин, обратившихся для хирургической коррекции молочных желез, имели врожденную асимметрию груди, и лишь незначительная часть приобретенную. А так же имели различные объемы, виды и степени птоза молочных желез соответственно и предполагаемые оперативные вмешательства были разнообразны. Конечная цель операции при асимметрии молочных желез — создание «идеальной» груди со среднестатистическими параметрами одинаковые с обеих сторон. В своей работе мы используем этиологию и количественную систематизацию асимметрии молочных желез предложенную Н.О. Милановым (2006).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1997 по 2007 гг. среди всех пациенток с выполненной эстетической маммопластикой асимметрию молочных желез выявили у 81. Пациенток с врожденной асимметрией молочных желез было 62, с приобретенной — 19 с постлактационной и возрастной инволюцией. Всем пациенткам выполнялись предоперационные измерения молочных желез по системе «Body logic». В замеры включались расстояние от яремной ямки до соска, расстояние от середины ключицы до соска, ширина основания груди, высота груди, толщина складки медиального полюса, толщина складки латерального полюса, толщина складки верхнего полюса, расстояние от соска до субмаммарной складки, расстояние от соска до субмаммарной складки при натяжении, диаметр ареолы. И хотя данная система измерений предложена компаниями для планирования аугментационной маммопластики, она универсальна и может использоваться для планирования различной эстетической маммопластики в том числе и для коррекции асимметрии молочных желез.

В своей работе выполняли следующие операции: эндопротезирование субмаммарным, перiareолярным доступом с субгландулярным, субпекторальным и субфасциальным расположением имплантата, перiareолярная и вертикальная мастопексии, редукционная маммопластика с вертикальным доступом, а также сочетание перiareолярной мастопексии и эндопротезирование, вертикальная мастопексия и редукция молочной железы. При аугментационной маммопластике использовались имплантаты круглые: когезив I, когезив II с проекцией высокой, средней плюс, средней, а также контурно-профильные когезив III CPG 321, CPG 322, CPG 323, CPG 332, CPG 312. После осмотра пациентки,

проведения измерений молочных желез и учитывая ее пожелание, согласно биометрическим таблицам выбирали эндопротезы. Выбор оперативного вмешательства основывался от исходного состояния молочных желез гипо-, нормо- или гипермастии.

При гипомастии, выполняя увеличивающую маммопластику, проводили коррекцию асимметрии молочных желез, ориентируясь на уровень сосков, расстояния от яремной ямки до соска — MS, размера ширины основания молочных желез — В, расстояние от соска до среднегрудной линии — CS.

У 21 пациентки, при разнице числовых значений MS — 0, В — 0, CS — 0, выполняли стандартную аугментационную маммопластику любым доступом, расположением имплантата и типом эндопротеза. У 10 женщин, при разнице числовых значений MS — 1, В — 1, CS — 1, выполняли аугментационную маммопластику с использованием пяти видов контурно-профильных эндопротезов, компенсируя различие молочных желез не только подбором вида имплантата, но и их размерами. У 6 из 10 женщин аугментационную маммопластику перiareолярным доступом дополняли соответствующей мастопексией по согласованию с пациенткой. Трех пациенткам, при разнице числовых значений MS — 2-3, В — 2-3, CS — 2-3, аугментационную маммопластику с подбором контурно-профильных эндопротезов сочетали с перiareолярной или вертикальной мастопексией.

В 15 случаях пациенткам с нормомастией, желаям увеличить молочные железы и корригировать асимметрию, принцип подбора операций, учитывающий количественную систематизацию, был аналогичным, как и у пациенток с гипомастией.

Одиннадцати пациенткам не желающих использовать эндопротезы коррекция асимметрии груди выполнялась с помощью перiareолярной мастопексии при разнице числовых значений MS — 0-1, В — 0-1, CS — 0-1.

У 10 женщин, при разнице числовых значений MS — 2-3, В — 2-3, CS — 2-3 и птозе II-III ст. с обеих сторон, проводили вертикальную мастопексию.

В 6 случаях с небольшой и относительно выраженной гипертрофией молочных желез по J.P. Lalandrie, при разнице числовых значений MS — 0-1, В — 0-1, CS — 0-1 и птозе I-II ст., выполнялась перiareолярная мастопексия. У 5 пациенток этой группы, с разницей числовых значений MS — 2-3, В — 2-3, CS — 2-3 и птозе II-III ст., выполняли вертикальную мастопексию и вертикальную редукционную маммопластику по M. Lejour, причем размер резекции тканей большей молочной железы нижних сегментов равнялся разнице показателей В.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственные результаты изучены у всех пациенток. Течение послеоперационного периода у 79 женщин было гладким, раны зажили первичным натяжением, пациенты выписаны на 4-6 суток после операции. Швы сняли на 10-11 сутки. Лишь у двух пациенток в раннем послеоперационном периоде отмечены осложнения — гематома у одной и частичное расхождение швов в области нижнего полюса соска у другой. Обоим пациенткам выполнялась редукционная маммопластика по М. Lejour. Гематома разрешена пункционным способом, а края раны сведены и фиксированы кожным степлером.

Отдаленные результаты прослежены у 62 пациенток (76,5 %) в сроки от 1 года до 5 лет. У всех пациенток отмечен стабильный эстетический результат, полученный после операции. Основным критерием коррекции асимметрии молочных желез являлся уровень сосков, а также соотношение ранее описанных измерений системы «Body Logic» и, хотя все женщины остались довольны-

ми результатами операций, необходимо отметить, что достигнуть «идеальной» симметрии молочных желез по всем параметрам не удалось. И потому, используя при оценке результатов количественную систематизацию асимметрий молочных желез, достигнув разницы MS-0, B-0, CS-0, коррекцию считали условно «идеальной», а при разнице показателей MS-1, B-1, CS-1 — хорошей. Если разница показателей была больше указанных, то результат оценивался как неудовлетворительный.

ВЫВОДЫ:

Применение этиологической, количественной систематизации асимметрии молочных желез, а так же система «Body Logic» позволяет выбрать тактику и метод хирургической коррекции молочных желез и прогнозировать результаты оперативных вмешательств.

Применение, по показаниям, имплантатов различных типов и размеров, а также мастопексии, позволяет решить вопрос хирургической коррекции асимметрии молочных желез.

БУРДИН В.В., ДРОЗДОВ С.С.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
г. Новокузнецк*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Деформацию передней брюшной стенки могут вызывать ряд причин — избыток подкожной клетчатки с формированием жирового фартука, расслабление мышечно-апоневротического аппарата и рубцовая атрофия кожи с образованием отвислого живота после беременности, грыжи, грубые послеоперационные или посттравматические рубцы. Все это вызывает значительный эстетический и моральный дискомфорт у пациентов, что заставляет их обращаться к пластическому хирургу.

Сочетание нескольких причин деформации заставляет хирурга выполнять симультанные операции по коррекции передней брюшной стенки. Цель симультанных операций — хирургическое устранение всех причин вызвавших деформацию передней брюшной стенки приводящей ее к эстетической норме.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2005 по 2007 гг. проанализированы результаты лечения 102 пациентов с симультанными операциями по поводу деформации

передней брюшной стенки, из них 97 женщин и 5 мужчин в возрасте от 21 до 60 лет.

Всем больным перед операцией проводили клинические, лабораторные и инструментальные исследования.

Разметку линий разрезов проводили в положении стоя. Абдоминопластика включала липодермэктомию с устранением диастаза прямых и сближение косых мышц передней брюшной стенки, по показаниям дополнялась липосакцией, что позволяло корректировать форму брюшной стенки и уменьшить длину кожного разреза.

При наличии вентральной грыжи липосакцию проводили с обходом грыжевого мешка на 2-3 см, предварительно обозначив грыжевой мешок разметкой. При герниопластике установку полипропиленовой сетки выполняли предбрюшинно. При наличии послеоперационных рубцов выполняли кожную пластику встречными или другими фигурными лоскутами. Тактика выбора операций при деформации передней брюшной стенки отображена в таблице.



Таблица

Диагноз	Кол-во	Операция	Кол-во
Отвислый живот	65	Липосакция	13
		Абдоминопластика	6
		Липосакция и абдоминопластика	46
Отвислый живот и грыжа	23	Абдоминопластика и герниопластика	11
		Липосакция, абдоминопластика и герниопластика	12
Отвислый живот и грубые рубцы	9	Абдоминопластика и кожная пластика	3
		Абдоминопластика, липосакция и кожная пластика	6
Отвислый живот, грыжа и грубые рубцы	5	Абдоминопластика, кожная пластика и герниопластика	1
		Абдоминопластика, липосакция, кожная пластика и герниопластика	4
Всего	102		102

В послеоперационном периоде пациенты использовали компрессионный трикотаж. По показаниям подкожную клетчатку дренировали по Редону. Проводили антибиотикотерапию курсом 5-7 дней препаратами широкого спектра действия, профилактику тромбоэмболии легочной артерии и другие виды лечения по показаниям. Пациентов активизировали на 1-е сутки после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Осложнения в послеоперационном периоде: серомы наблюдали у 5 больных, гематомы подкожной клетчатки — у 3, у 2 пациентов наблюдали верхний очаговый краевой некроз раны (до 3 см). Гематомы ликвидировали с помощью

пункций и компрессионных повязок. Краевой некроз иссекали в первые 3-4 суток с наложением послойных одиночных швов и наложением компрессионных повязок.

ВЫВОДЫ:

1. Считаем необходимым хирургически устранять все причины деформации передней брюшной стенки одномоментно.
2. Проведение абдоминопластики и липосакции упрощает доступ при герниопластике и уменьшает размер кожного рубца.
3. Выполнение симультанных операций при деформации передней брюшной стенки позволяет достичь лучший эстетический и функциональный результат.

ГАЙДАШ А.А., БАШИРОВ Р.С., КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., БЕЛЫЙ В.И., ДЕНИСОВ А.В., ГОРЕЛИК И.Э., МИШИН И.П., БАБЕНКО О.А., ЗИМИНА О.В.

*Томский военно-медицинский институт,
Томский государственный университет,
Институт оптики и атмосферы СО РАН,
г. Томск,*

*Государственный Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ,
г. Москва,*

*Институт неорганической химии им. А.В. Николаева СО РАН,
г. Новосибирск*

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗРУШЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ КОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАЯЩИХ СНАРЯДОВ ПО ДАННЫМ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ

В морфологическом отношении костный матрикс представляет собой минерально-органический композит с развитой пористой структурой. Минерализация матрикса в анатомически разных типах костной ткани осуществляется по разному. Например, в грубоволокнистой

костной ткани и, соответственно, в трубчатых костях, окристаллизованный гидроксиапатит преципитирует внутри везикул матрикса (гомогенная нуклеация). В пластинчатой костной ткани и, соответственно, в плоских костях, рост кристаллов гидроксиапатита происходит на поверхности



коллагеновых волокон, возможно, по механизму темплатирования (гетерогенная нуклеация). В целом, механизмы кальцификации костного матрикса остаются во многом не ясными. Однако вышеприведенные особенности позволяют предположить, что при воздействии огнестрельных ранящих снарядов в разрушении трубчатых и плоских костей принимают участие различные структурные и физико-химические механизмы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Морфологические исследования выполнены методом сканирующей зондовой электронной микроскопии на аппарате Philips SEM-515. Выбор данного метода обусловлен приемлемой разрешающей способностью (10-15 нанометров), а также возможностью с помощью энергодисперсионного анализа определить локальный химический состав. В работе использованы образцы костной ткани погибших в связи огнестрельными ранениями, которые были получены в Государственном Центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз СКВО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как свидетельствуют данные электронно-микроскопических исследований, основной вклад в процесс разрушения трубчатых костей вносят каверны, которые анатомически не связаны с каналами, располагаются на поверхности раневого канала и в глубине компактного вещества. На поверхности раневого канала каверны имеют вид лакун с разреженным дном и приподнятыми краями. В глубине компактного вещества, в отдалении от раневого канала каверны имеют вид замкнутых полостей диаметром до 500 мкм и располагаются вблизи расчетных областей интерференции ударных волн. Здесь каверны образуются путем роста и слияния расширенных пор. Нанопористая структура костного матрикса подвергается эктазии с трансформацией нанопор в мезо- и микропоры, диаметрами от 100 нм до более 1500 нм, соответственно. В коллагеновых волокнах, расположенных в очагах разрежения костного матрикса, исчезает атрибутивное чередование «широких» и «узких» участков. С поверхностью обнаженных волокон агрегируются лейкоциты и эритроцитарные сфероциты. По данным энергодисперсионного анализа в дне лакун концентрируется кислород — 2,4 Ат% и железо — 1,9 Ат% (в контроле 0,6 Ат% и 0,09 Ат%, соответственно), источниками которых, по-видимому, является гемоглобин разрушенных эритроцитов, а также натрия — 1,754 Ат% и магний — 0,974 Ат% (в контроле 0,027 Ат% и 0,125 Ат%, соответственно), накопление которых явно обусловлено тканевым отеком. В области лакун накапливается кальций до 90,6 Ат% (в контроле 79,3 Ат%), но падает содержание фосфора до 0,3 Ат%, (в контроле

19,6 Ат%), что свидетельствует о том, что значительная часть кальция в зоне лакун присутствует преимущественно в форме аморфных фосфатов.

Основными механизмами разрушения плоских костей черепа являются разрывы компактного вещества (преимущественно вокруг спайновых линий), а также деформации смещения пластов костного матрикса. Морфологически разрывы компактного вещества представляют собой микротрещины преимущественно линейной формы. На поверхности раневых каналов в области как входного, так и выходного пулевых отверстий микротрещины как бы обтекают смещения костного матрикса по ходу движения пули, фрагментируя его на островки. Второе место по объему разрушения плоских костей черепа занимают деформации смещения пластов костного матрикса. Это распространенный вид деформации раневых каналов как входных так выходных пулевых отверстий. Морфологически смещения пластов имеют вид сносosов поверхностных слоев компактного вещества вызванных потоками газа. В области входных пулевых отверстий структура поверхности раневого канала на месте сноса имеет более упорядоченный вид, обусловленный, по-видимому, траекторией ранящего снаряда. В области выходных отверстий снос поверхностных слоев компактного вещества более турбулирован, так как форма дефектов полиморфна. В глубине компактного вещества плоских костей черепа на отдалении 3-5 см от раневых каналов деформации имеют вид разрывов стенок ячеистых структур — простых или со смещением. На месте смещений образуются лакуно- и каверноподобные очаги с полиморфными краями и дном. Большая часть лакун расположенных на поверхности раневых каналов имеют ровные как бы оплавленные края и достаточно однородное дно со слегка разрыхленным костным матриксом и одиночными микротрещинами. В морфологическом отношении такой тип лакун представляет собой разлитые поверхности ударно-газовых эрозий поверхности костного матрикса вдоль раневого канала.

Особой морфологической формой являются лакуны с асимметричными краями — один из них подрытый, другой, контралатеральный — более пологий. Дно лакуны в подрытом крае образовано впадиной или глубокой расщелиной, которые уходят вглубь костного матрикса. В пологих краях дно лакун образовано напластованными слоями костного матрикса, создающих гофрированную, иногда ступенчатоподобную, структуру поверхности. Подобные лакуны склонны к группированию, нередко сливаются и на послойных сколах образцов видно, что они углубляются в компактное вещество на 3-5 миллиметров. Аналогичную форму имеют и микрокаверны в глубине компактного вещества. Микрокаверны имеют овальную форму диаметром до 300 мкм, форми-

ругаются чаще в очагах разрежения костного матрикса или же по продолжению поверхностных дефектов. В целом для плоских костей черепа кавернообразование вдали от раневого канала не является характерным фактором разрушения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Костная ткань при воздействии огнестрельных ранящих снарядов разрушается по-разному, что определено ее структурными и микромеханическими свойствами. Трубчатые кости в об-

ласти диафизов разрушаются преимущественно по хрупкому типу с формированием откольных переломов. Основным механизмом разрушения диафизов трубчатых костей является лакунарно-кавернозная деформация костного матрикса. Плоские кости разрушаются преимущественно по вязкому типу с формированием дырчатых переломов с гладкими краями. При этом ведущими механизмами разрушения плоских костей являются деформация смещения пластов и разрывы костного матрикса.

ГАЙДАШ А.А., НАЙДЕН Е.П., СИНЦА Л.Н., БАШИРОВ Р.С., БЕЛЫЙ В.И.,
КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., ДЕНИСОВ А.В., НОВИКОВ В.А., БАБЕНКО О.А.,
РАДИЩЕВСКАЯ Н.И., ТАРБОВ В.А.

*Томский военно-медицинский институт,
Томский государственный университет,
Томский государственный политехнический университет,
Институт оптики и атмосферы СО РАН,
г. Томск*

*Государственный Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ,
г. Москва*

*Институт неорганической химии им. А.В. Николаева СО РАН,
г. Новосибирск*

КОЛЛАГЕН-АПАТИТОВЫЙ ИНТЕРФЕЙС КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЯЩИХ СНАРЯДОВ

Исходя из стандартизированного определения (Реестр ИСО НТК № 229 по нанотехнологиям), под нанообъектом понимается объект, содержащий структурные элементы, геометрические размеры которых хотя бы в одном измерении не превышают 100 нм. В соответствии с этим, мы разработали рабочую классификацию нанообъектов соединительной и костной ткани. Учитывая размерный критерий, к плотным 1-мерным нанообъектам отнесены коллагеновые волокна 1 типа и кристаллизующиеся ортофосфаты. К плотным 3-мерным нанообъектам отнесены моно- и триклинные кристаллы гидроксиапатита. К гетероморфным 1-мерным нанообъектам причислены протяженные нитчатые структуры внутреннего скелета клеток. К гетероморфным 2-мерным нанообъектам — поверхностные структуры в интерфейсах «вода-апатит», «вода-коллаген», в темплатах «вода-апатит-коллаген». К гетероморфным 3-мерным нанообъектам — сетевые коллагены базальных мембран и ажурные конструкции решеток Десцемета. К разряженным 1-мерным нанообъектам — продольные наноканальцы и поперечные наноканальцы, формирующиеся в щелях между нитями тропоколлагенов, нанощели и наноканальцы костного матрикса. К разряженным 3-мерным нанообъектам — гидроклатра-

ты Д-периодичности фибриллярных коллагенов кости, кожи, фасций и сухожилий. Структурные и функциональные свойства указанных нанообъектов костного матрикса при воздействии огнестрельных ранящих снарядов в системном виде практически изучены. Вместе с тем, мы полагаем, что изучение указанных структур позволит не только углубить понимание механизмов разрушения кости, но и будет способствовать созданию новых технологий оптимизирующих регенерацию кости при лечении огнестрельных переломов.

МЕТОДЫ

Исследование наноструктур костного матрикса выполнено методом атомно-силовой микроскопии с применением зондовой нанолаборатории INTEGRA. Сканирование образцов кости осуществлено на воздухе контактным методом на частоте развертки 1-1,5 Hz. Использовались кремниевые зонды серии NSG11 (NT-MDT) жесткостью 5 Н/м, радиусом закругления 10 нм, аспектным отношением 3 : 1. Количественный анализ фазового состава минерального компонента кости проведен методом рентгеноструктурного анализа на дифрактометре «Shimadzu XRD-6000. Обработка полученных рентгенограмм от поликристаллических образцов проводилась с использованием



базы дифракционных данных ICDD и программы полнопрофильного анализа HOWDER CELL 2.4. Калориметрические исследования выполнены методом дифференциальной сканирующей калориметрии с применением калориметра ДСК-204. В работе использованы образцы костной ткани погибших в связи огнестрельными ранениями, которые были получены в Государственном Центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз СКВО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В плоских костях здоровых лиц толщина минерализованных коллагеновых волокон колеблется в пределах 100 нм. При изучении структуры поверхности волокон хорошо определяются черепицеподобные агрегаты, которые покрывают волокна с наружной стороны. В трубчатых костях здоровых лиц коллагеновые волокна покрыты муфтами, которые образованы агрегированными кристаллами апатита, расположенных в виде зерен. При этом апатитовые агрегаты деформируют правильный рисунок D-периодов коллагеновых волокон, придавая главным участкам вид сплюснутых с обеих сторон сфер. Протяженность сфер по длиннику волокон достигает 175 нм, а диаметр 200-250 нм. Главные участки D-периодов выступают в виде ступенек высотой 25-50 нм. В образцах костей в зоне огнестрельных переломов регистрируется локальное исчезновение черепицеподобной структуры укладки кристаллов апатитов. В значительной части коллагеновых волокон обнажены нити тропоколлагенов и они лишены апатитовых темплат, регистрируется расширение до 72-75 нм периодов «главных» и узких участков (в норме 65-67 нм). На протяжении коллагеновых волокон встречаются многочисленные очаги истончения и прореживания нанофибрилл, а также обширные очаги дезинтеграции структур D-периодичности. Обращает на себя внимание «замусоривание» свободного пространства интерстиция костного матрикса дебрисом, образованным, как правило, обломками аморфизированной минеральной фазы и обрывками расщепленных коллагеновых волокон. При локальной оценке микромеханических свойств костной ткани регистрируется значительное увеличение адгезионных сил в области твердой фазы с 16,0 до 53,0 нано-ньютон. Одновременно с этим имеется практически двукратное (с 25,4 до 41,0 нано-ньютон) увеличение адгезионной силы в области неструктурированной фазы костных образцов, анатомически соответствующей свободному пространству наноцелей, расположенных между коллагеновыми волокнами и нанокристаллами апатита. Увеличение показателей адгезионных сил твердой

и органической фаз поврежденной кости свидетельствуют об увеличении толщины гидратной оболочки нанокристаллов гидроксиапатита и накоплении в расширенных порах компактного вещества более вязкой воды с повышенным уровнем сил межмолекулярного взаимодействия.

Анализ данных рентгеноструктурного анализа показал, что для контрольных образцов костных тканей, основной кристаллической фазой является гексагональная модификация гидроксиапатита — $\text{Ca}_5(\text{PO}_4)_3(\text{OH})$. Кроме того, в образцах присутствует моноклинная модификация — $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ в количестве $8,0 \pm 0,2$ объемных процентов и около 20,0 объемных процентов аморфной фазы. В пробах взятых непосредственно вблизи входного отверстия раневого канала моноклинная модификация гидроксиапатита практически отсутствует и значительно возрастает доля аморфной фазы. По мере удаления от раневых каналов достоверно возрастает количество моноклинной модификации и падает содержание фазы аморфной. Эти данные согласуются с результатами дериватографии — в образцах костной ткани, взятых в области раневых каналов, суммарное содержание воды повышено, в среднем на 5-7 %, а также регистрируется дополнительная теплоемкость в температурном диапазоне $290^\circ\text{C} - 3053 \text{ J/g}$ (в контроле — 2817 J/g). Указанные обстоятельства и, прежде всего, дополнительная теплоемкость и аморфизация твердой фазы мы расцениваем как проявление размерных эффектов нанообъектов, обусловленные, в данном случае, уменьшением диаметра нанокристаллов апатита.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фундаментальным механизмом повреждения костного матрикса при воздействии огнестрельных ранящих снарядов является дезинтеграция структур коллаген-апатитового интерфейса. В структурном отношении это проявляется в виде: разрушения надмолекулярных сопряжений апатитовой и фибриллярных фаз, резко выраженной гидратации и аморфизации нанокристаллов гидроксиапатита, уменьшения размеров и расщепление их гексагональных форм, увеличения сил межмолекулярного взаимодействия в водной фазе интерстициальной жидкости. Последнее обстоятельство, а именно рост сил межмолекулярного взаимодействия неизбежно способствует росту поверхностного натяжения и вакуолизации внутрикостной жидкости с формированием неоднородных по размеру нановезикул и их трудно предсказуемым влиянием на скорость химических и, в частности, синтетических процессов, развивающихся в костном матриксе в ходе посттравматической регенерации кости.

ГАЙДАШ А.А., СИНИЦА Л.Н., БАШИРОВ Р.С., БЕЛЫЙ В.И., БАБЕНКО О.А.,
КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., ДЕНИСОВ А.В., РАДИЩЕВСКАЯ Н.И., ТАРБОКОВ В.А.

*Томский военно-медицинский институт,
Институт оптики и атмосферы СО РАН,
Томский государственный политехнический университет,
г. Томск,*

*Государственный Центр судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ,
г. Москва,*

*Институт неорганической химии им. А.В. Николаева СО РАН,
г. Новосибирск*

НАНОКАНАЛЬЦЫ, ПОРИСТОСТЬ И СТРУКТУРНЫЕ СВОЙСТВА ВОДЫ И МИНЕРАЛЬНОЙ ФАЗЫ КОСТНОГО МАТРИКСА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ

Структурно-функциональной единицей пластинчатой кости является темплат, состоящий из фибриллярного белка коллагена и гидроксипатита. Кристаллы апатита размерами до 200 Å покрыты гидратной оболочкой и ориентированы вокруг главных участков коллагена. Не ясно, в каких физико-химических условиях осуществляется кристаллизация аморфных частиц фосфатов кальция. Ключевую роль в этих процессах играет вода, ее транспорт и обмен не только в нанопространствах темплатов, но и в системе костных канальцев. При этом тонкая структура костных канальцев, включая рельеф поверхности и морфологию мембран, остаются мало изученными. Структурные свойства нановоды во взаимосвязи со структурными свойствами минеральных компонентов костного матрикса, как в условиях нормы, так и при воздействии огнестрельных ранящих снарядов являются актуальной, но мало изученной проблемой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Спектры воды зарегистрированы на Фурье-спектрометре. Широкий диапазон работы спектрометра позволяет регистрировать целиком полосы воды в области 3000-8000 см⁻¹. В качестве эталонных измерений регистрировали спектры поглощения воды в образцах силикатных мезопористых материалов с диаметрами пор 6,4 и 12,0 нм. Исследование структуры химических связей в минеральной фазе костного матрикса выполнено в диапазоне 4000-400 см⁻¹ на ИК-Фурье спектрометре Nicolet-5700. В работе использованы образцы костной ткани погибших в связи огнестрельными ранениями, полученные в Государственном Центре судебно-медицинских и криминалистических экспертиз СКВО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Спектры поглощения воды регистрировали в динамике вакуумизации костных образцов. При откачке костной жидкости из пор кости происходит не только ослабление регистрируемых полос

с максимумом поглощения в области 5300 см⁻¹, но и трансформация формы полос. Например, происходит перераспределение интенсивности в полосе 5750-7750 см⁻¹ от периферических участков крыльев полосы к ее центральной части. Это указывает на то, что в кости имеются кластеры воды, имеющие различные молекулярные массы и, возможно, структуру, которая в значительной мере определяется поверхностными взаимодействиями воды со стенками разнокалиберных нанощелей. Именно поэтому в условиях вакуумизации кластеры воды удаляются из кости не одновременно, а в различные моменты времени. Сравнение спектров воды костной жидкости в диапазонах частот 5300 см⁻¹ и 6800 см⁻¹ со спектрами воды в эталонных нанотрубках, свидетельствует о том, что при воздействии огнестрельных ранящих снарядов в кости появляется вода, которая по спектральным параметрам (и, соответственно, по структурным свойствам) близка к воде, расположенной в нанопорах диаметром до 12,0 нм. В контрольных образцах (здоровая кость), основная часть воды костного матрикса близка к наноструктурированной воде, расположенной в порах до 6 нм. Это указывает на экзотическую трансформацию нанопористых структур костного матрикса вследствие воздействия огнестрельных ранящих снарядов.

В спектрах контрольных образцов костей здоровых лиц, в интервале значений 3400-3500 см⁻¹ присутствуют полосы валентных колебаний молекулярной воды, которая, по-видимому, слабо связана с кристаллической решеткой гидроксипатита. При этом регистрируется широкая диффузная полоса поглощения, лежащая ниже 3400 см⁻¹, относимая к колебаниям гидроксильных групп H₂O, связанных водородными связями различной силы. В «огнестрельных» образцах наблюдается значимое увеличение интенсивности полос валентных колебаний молекул воды в области низких частот. На усиление силы водородной связи в «огнестрельных» образцах кости указывает также сдвиг частот и деформационных колебаний гидроксильных групп в

молекулах воды, но здесь в сторону более высоких частот. Например, в огнестрельных образцах кости наблюдается четкое смещение полосы до $1690,7\text{ см}^{-1}$ (в контроле — $1662,5\text{ см}^{-1}$). Упрочнение водородных связей валентных и деформационных колебаний гидроксильных групп H_2O однозначно способствует кластеризации воды. В апатитовом диапазоне частот $1036,5\text{ см}^{-1}$ проявляется валентное колебание связи $\text{P}\sim\text{O}$ в контрольных образцах кости. В этой же зоне частот, в спектрах снятых с «огнестрельных» образцов кости, регистрируется изменение формы пика, а также сдвиг в область высоких частот до $1053,1\text{ см}^{-1}$. Таким образом, при воздействии огнестрельного ранящего снаряда в нанокристаллах апатита происходит разрыв химических связей между $\text{Ca}\sim\text{O}$ и перераспределение электронной плотности в сторону усиления связи $\text{P}\sim\text{O}$. Разрыв внутримолекулярных связей между $\text{Ca}\sim\text{O}$ свидетельствует об «ухуде» кальция из кристаллической решетки гидроксиапатита. Кроме того, наблюдается расщепление пика и появление дублета в диапазоне частот $1053,1\text{ см}^{-1}$ и $1074,2\text{ см}^{-1}$. Появление дублета можно объяснить понижением локальной симметрии апатитовой решетки вследствие роста внутрикристаллического давления, возможно, вызванного остаточным напряжением вследствие прямого воздействия ударной волны. По данным ИК-спектроскопии, как в контрольных, так и в «огнестрельных» образцах костей имеется адсорбированный аммиак. На это указывает присутствие полосы валентных колебаний связи $\text{N}\sim\text{H}$ в диапазоне $3289,0\text{ см}^{-1}$. Одновременно с этим в интервале частот $3043,8\text{ см}^{-1}$ регистрируются характеристичные полосы колебаний гидроксильных групп связанных с молекулами аммиака. При этом интенсивность полос аммонийных групп в «огнестрельных» образцах досто-

верно выше, чем в контрольных образцах костей. Это свидетельствует о том, что в огнестрельных образцах увеличивается содержание аммиака, что может быть обусловлено повышенным распадом белковых субстанций. В «огнестрельных» костных образцах в диапазоне $3174,6\text{ см}^{-1}$ появляется антисимметричное валентное колебание иона NH_4^+ , которое мы рассматриваем как результат присутствия ионов аммония, образовавшихся при реакции аммиака с водой слабо связанной с поверхностью наноструктур костного матрикса. В костных образцах после огнестрельных ранений значительно увеличиваются интенсивность полос поглощения в диапазонах $3746,7\text{ см}^{-1}$ и $3638,9\text{ см}^{-1}$ относящихся к валентным колебаниям гидроксильных групп в молекулах $\text{Ca}(\text{OH})_2$. Это означает, что при воздействии огнестрельного ранящего снаряда в интерстициальной жидкости матрикса формируются химические предпосылки для известкования кости. Кость в такой ситуации становится хрупкой, склонной к мелкоглыбчатому распаду.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При воздействии огнестрельного ранящего снаряда за счет резких скачков давлений, вызванных действием энергии бокового удара вода, циркулирующая в нанопорах, испытывает фазовые переходы, сопровождающиеся изменением ее кластерообразующих свойств. В такой ситуации меняется роль воды как фундаментального морфогенетического фактора в кости. Не менее важным следствием действия ударной волны являются разрывы химических связей в гидроксиапатите, сопровождающееся его декальцинацией и структурными преобразованием кристаллической решетки по типу известкования.

ГАЛЯН А.Н., ПОПОВ О.С., ЖДАНОВ В.В., ФОМИНА Т.И., СТАВРОВА Л.А., УДУТ В.В.

ГУ НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН,

Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Томск, Россия

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Проблема неуклонно растущей патологии щитовидной железы требует разработки новых патогенетически обоснованных методов хирургического лечения тиреоидных заболеваний, направленных на сохранение функции органа и профилактику развивающегося послеоперационного гипотиреоза. Одним из вариантов коррекции тиреопатий и восстановления функции ЩЖ в

условиях ее полного удаления является аутотрансплантация здоровых участков тиреоидной ткани. Полученные в последнее время данные о свойствах и закономерностях жизнедеятельности стволовых клеток открыли возможность их применения в комплексном лечении тиреоидной патологии.

Цель исследования — изучение морфофункционального состояния ткани щитовидной железы

при ее аутотрансплантации в прядь большого сальника в условиях использования аутологических полипотентных мезенхимальных стромальных клеток (АПМСК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперименты проведены на 150 шестимесячных крысах самцах породы «Вистар» массой 300–350 гр. из питомника отдела экспериментального биомедицинского моделирования НИИ фармакологии ТНЦ СО РАМН (сертификат имеется), которым под эфирным масочным наркозом выполнены операции тиреоидэктомия и трансплантация ткани ЩЖ в прядь большого сальника в виде участка доли или его гомогенизата. Экспериментальные животные содержались в соответствии с правилами Европейской конвенцией по защите позвоночных животных. Животные были разделены на группы: I — с трансплантацией участка ткани ЩЖ; II — с трансплантацией тканевого гомогенизата ЩЖ; III — с трансплантацией участка ткани ЩЖ и введением в трансплантат 500000 АПМСК; IV — с трансплантацией тканевого гомогенизата ЩЖ и введением в трансплантат 500000 АПМСК. Контрольную группу составили 20 интактных крыс.

АПМСК готовили по следующей методике. Получали суспензию костномозговых клеток в 1 мл препаровочной среды, содержащей 95 % RPMI-1640 и 5 % ЭТС. После фильтрации через капроновый фильтр и отмывания клеток путем центрифугирования при 1500 об/мин в течение 10 минут, взвесь клеточных элементов в 5 мл препаровочной среды помещали в чашке Петри в CO₂-инкубатор с 5 % CO₂ при 37°C на 90 мин. Адгезирующие элементы отделяли с помощью 0,25 % раствора трипсина и 0,02 % раствора ЭДТА в соотношении 1 : 1 в течение 15 минут при тех же условиях. После двукратного отмывания клетки разводили до необходимой концентрации и вводили в трансплантат по 500000 клеток в 0,2 мл препаровочной среды.

Функциональное состояние трансплантированной ткани ЩЖ оценивали через 1 и 3 месяца после операции. Крыс под наркозом забивали методом дислокации шейных позвонков, полученные при этом 5–7 мл крови центрифугировали и отбирали 3–4 мл сыворотки по стандартной методике, далее выполняли лапаротомию и извлекали трансплантат. Исследование уровней ТТГ, Т4, Т3, Т4св., Т3св., тиреокальцитонина и тиреоглобулина проводили при помощи наборов для иммуноферментного анализа «ТиреоидИФА-ТТГ-1», «ТиреоидИФА-тироксин-01», «ТиреоидИФА-свободный Т4», «СвТ3-ИФА»), «НВО Иммунотех» и DRG International Inc. Lot 6032-СТ. Гистологическое исследование и морфометрию трансплантата проводили по стандартной методике.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием непараметрического U-критерия Вилкоксона-Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При оценке функциональной состоятельности трансплантата зафиксированы низкие значения ТТГ во всех группах на этапах наблюдения с выраженными тиреотоксическими реакциями в I и II группах. В отличие от результатов, полученных через месяц после трансплантации, уровень концентрации Т4св к 3-му месяцу оказался почти в 2 раза выше с максимальным значением в III группе. Значения Т3св в I и II группах существенно не отличаются друг от друга и от показателей, полученных через 1 месяц после трансплантации. В группах с применением АПМСК (III и IV) уровни Т3св на этапах наблюдения существенно разнятся, повышаясь к 3-му месяцу наблюдения, хотя и не выходят за пределы контрольных значений. Аналогичная тенденция прослеживается и с показателями концентрации общего Т4. К 3-му месяцу наблюдения максимальное значение общего Т4 зафиксировано во II группе ($90,44 \pm 34,08$ нмоль/л), что превышает данные, полученные в контроле. Уровни общего Т3 во всех группах через 1 и 3 месяца наблюдения соответствуют контрольным показателям, с несколько меньшими их значениями на этапе 3-х месячного наблюдения. Оценивая в динамике функциональную состоятельность трансплантированной ткани щитовидной железы и влияние на тиреоидную гормонопродукцию аутологических полипотентных мезенхимальных стромальных клеток, отмечено, что через 3 месяца гормональный фон (Т4, Т4св, Т3св) значительно повышается в группах с применением клеточных технологий. Обращает на себя внимание динамика концентрации ТТГ, свидетельствующая о развитии оптимальной адаптации в системе гипоталамус-тирофиз-аутотрансплантат в III группе. Тиреотоксические реакции во всех группах отсутствуют по отношению к контролю. Исключение составляет II группа, где отмечено значительное повышение Т4св. Принимая во внимание значимость показателей трийодтиронина как гормона, непосредственно реализующего свои воздействия в тканевых структурах, интерес вызывает факт роста в динамике значений Т3св в группах III и IV (с применением АПМСК), что, возможно, определяет тканевую насыщенность и формирование состояния, близкого к эутиреоидному. На этапе 3-х месячного мониторинга также зафиксировано увеличение концентрации тиреоглобулина в сыворотке крови опытных животных III и IV групп, по сравнению с контролем и данными, полученными через 1 месяц после трансплантации, что может свидетельствовать об активизации тиреоидного синтеза и восстановлении тиреоид-

ного обмена. По данным морфометрии, в группах III и IV тиреоидные фолликулы более крупные, стратифицированные, содержат большее количество коллоида, меньше выражены явления склероза, активно идет процесс ангиогенеза, что подтверждает функциональную состоятельность трансплантата.

ВЫВОД

Таким образом, применение аутологичных полипотентных мезенхимальных стромальных клеток при аутотрансплантации ткани щитовидной железы позволяет компенсировать тиреоидную недостаточность, обеспечить жизнеспособность и функциональную активность трансплантата.

ГИБАДУЛИНА И.О., ГИБАДУЛИН Н.В., ТЕЛИЦКИЙ С.Ю.

Томский военно-медицинский институт,

г. Томск

ВЫБОР СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Отсутствие в подавляющем большинстве случаев четкой клинической картины острого холангита у пациентов с желчнокаменной болезнью определяет актуальность поиска практически значимых критериев предоперационной диагностики воспалительных изменений желчевыводящих путей, во многом определяющей выбор способа дренирования билиарного тракта при оперативной коррекции желчеоттока.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе анализируются результаты обследования и оперативного лечения 43 пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным гнойным холангитом. При оперативном лечении 21 пациенту (48,8 %) была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому или по Керу, 22 больных (51,2 %) выполнили традиционную холецистэктомию, холедохотомию с последующим формированием разработанного в клинике арелфлюксного холедоходуоденоанастомоза (патент РФ № 2302831 от 20.07.2007).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С помощью многофакторного регрессионного анализа были определены основные сонографические критерии, характеризующие наличие острых воспалительных изменений внепеченочных желчных протоков: толщина стенок и диаметр просвета холедоха, а также гистографическая оценка его содержимого. Данная методика позволила в 93 % случаев верифицировать наличие острого холангита и индивидуализировать тактику хирургического лечения.

При проведении лабораторных исследований у пациентов были отмечены нарушения функции печени, характеризующиеся синдромами холестаза, цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, а также мезенхимально-воспалительным

синдромом; концентрация общего билирубина крови составила от 70 до 212 мкмоль/л (в среднем $111,3 \pm 8,15$ мкмоль/л), преимущественно за счет прямой фракции. По данным бактериологического исследования, в посевах желчи, взятой из просвета холедоха, чаще всего определялись *Escherichia coli* (65,8 %), *Enterococcus faecalis* (14,9 %), *Klebsiella* (9,7 %), *Enterobacter aerogenes* (3,5 %); в большинстве случаев (78,1 %) зарегистрированы ассоциации микроорганизмов.

Верификация острого холангита во всех случаях явилась показанием к выполнению хирургической декомпрессии билиарного тракта, причем показанием к формированию билеодигестивных анастомозов считали сонографическую визуализацию множественных конкрементов во вне- и внутрипеченочных протоках и (или) наличие протяженных стриктур дистального отдела холедоха. В остальных случаях использовали варианты наружного дренирования общего желчного протока. Анализируя результаты проведенного лечения, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности нами отмечено не было. 2 пациентам (9,5 %) после лапароскопической холецистэктомии вторым этапом была выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия по поводу стеноза большого дуоденального сосочка с восстановлением адекватного желчеоттока. У 5 больных (11,6 %) в послеоперационном периоде возникли осложнения общехирургического характера, приведшие к задержке выписки из стационара. Послеоперационный койко-день в среднем составил $9,6 \pm 2,07$.

При комплексном обследовании в ближайшие и отдаленные сроки после операции у подавляющего большинства больных отмечено значительное повышение уровня качества жизни, приближавшегося к аналогичным показателям гастроинтестинального индекса (Gastrointestinal Quality of Life Index, E.Eypasch, 1995) популя-

ционной нормы. Результаты инструментальных исследований пациентов свидетельствовали о восстановлении пассажа желчи по билиарному тракту, при этом случаев возникновения регургитационных осложнений с рецидивом холангиогенной инфекции отмечено не было.

Таким образом, разработанный способ ультразвуковой диагностики острого холангита значительно повысил точность и информативность и, как следствие, диагностическую ценность пре-

дооперационного обследования больных с острым холангитом. Дифференцированный подход к выбору способа дренирования внепеченочных желчных протоков позволил во всех случаях купировать холангиогенную инфекцию, избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей.

ГИБАДУЛИН Н.В., ГИБАДУЛИНА И.О., ТРЫНОВ С.Н.

*Томский военно-медицинский институт,
г. Томск*

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

Стойкий дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс приводит к формированию воспалительных, эрозивных и неопластических изменений слизистой оболочки желудка и пищевода. Рассматривая способы оперативного лечения данной патологии, с нашей точки зрения, наиболее обосновано вести речь о хирургической реабилитации всего эзофагогастродуоденального комплекса, включающей выполнение селективной проксимальной ваготомии с формированием запирающего механизма кардиального перехода, а также усиление арефлюксной функции привратника и коррекцию дуоденостаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клиниках Томского военно-медицинского института оперировано 17 пациентов с рефлюксной болезнью, обусловленной скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и стойким нарушением сократительной способности привратника, развившихся на фоне компенсированного или субкомпенсированного дуоденостаза. В анализируемой группе было 9 женщин (52,9 %) и 8 мужчин (47,1 %). Средний возраст пациентов составил $47,3 \pm 1,14$ года.

Комплексная реабилитация верхних отделов желудочно-кишечного тракта включала выполнение селективной проксимальной ваготомии, эзофагофундорафии по Тупе и передней диафрагмокрурорафии, формирование арефлюксного механизма пилоробульбарного перехода и операцию Стронга. В 4 случаях симультанно была выполнена холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита.

Усиление арефлюксной функции привратника осуществляли путем инвагинации его передней полукружности в просвет луковицы двенадцати-

перстной кишки. При этом к дистальному отделу желудка узловыми серозно-мышечными швами фиксировали демускуляризированный участок передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, формируя «препилорический карман» (приоритетная справка № 2007144237 от 28.11.2007). Особенности ведения раннего послеоперационного периода являлась декомпрессия желудка назогастральным зондом диаметром 4-5 мм в течение 2-3 суток и энтеральное питание через микрозонд в течение первых 3-4 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Случаев развития специфических послеоперационных осложнений и летальных исходов отмечено не было. Послеоперационный койко-день в среднем составил $7,81 \pm 0,56$. При комплексном обследовании пациентов в ближайший и отдаленный послеоперационный период регистрировалось значительное повышение уровня качества жизни по сравнению с дооперационными показателями гастроинтестинального индекса (Gastrointestinal Quality of Life Index, E.Eypasch, 1995), в частности, в таких категориях опросника как «общее субъективное восприятие здоровья» ($p < 0,05$), «физическое состояние» ($p < 0,05$), «социальное функционирование» ($p < 0,01$) и «ролевое функционирование» ($p < 0,05$).

Данные эндоскопического, ультразвукового и рентгеноскопического обследования оперированных пациентов свидетельствовали о том, что инвагинационный клапан реконструированного эзофагокардиального перехода надежно препятствует забросу желудочного содержимого в пищевод. Сформированный в области привратника арефлюксный механизм не затрудняет эвакуации желудочного содержимого. Вместе с тем, при



возникновении эпизодов позиционно спровоцированного дуоденобульбарного рефлюкса избыточное давление, создающееся в полости «препилорического кармана», усиливает замыкательную функцию привратника и надежно предотвращает заброс дуоденального содержимого в желудок. Купирование явлений хронической дуоденальной непроходимости способствует нормализации пассажа желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку.

Таким образом, комплексная хирургическая реабилитация верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов со стойким дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом обеспечивает нормализацию морфо-функционального состояния эзофагагастродуоденального комплекса, создает оптимальные анатомо-физиологические условия для пищеварения и, в конечном счете, повышает эффективность лечения данной категории больных.

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С.

*Омская государственная медицинская академия,
Кафедра хирургических болезней постдипломного образования,
МУЗ «Медико-санитарная часть № 4»,
г. Омск*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ТРОАКАРНОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЕЙ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЕЙ В ХИРУРГИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Лечение больных с холецистохоледохолитиазом является серьезной проблемой в хирургии. Использование различных технологических приемов и инструментария позволяет улучшить результаты лечения больных с данной патологией. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является наиболее эффективной операцией, но эта процедура сопровождается травмой большого дуоденального сосочка и нарушает герметичность билиарного тракта. Поэтому необходимо осуществлять поиск одномоментной коррекции холецистохоледохолитиаза.

Цель исследования — усовершенствование лапароскопической фиброхоледохоскопии при оперативном лечении холецистохоледохолитиаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами разработан и внедрен способ троакарной лапароскопической фиброхоледохоскопии в оперативном лечении холецистохоледохолитиаза (патент на изобретение № 2288648 по заявке № 2005102970 от 07.02.2005). Разработанный способ применен при оперативном лечении 27 больных с острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой. После выполнения лапароскопической холецистэктомии проводилась холедохотомия. В брюшную полость вводился созданный изогнутый под углом троакар (патент на полезную модель № 53557 от 07.11.2005) с гибким стилетом для лапароскопической фиброхоледохоскопии. После удаления стилета троакар вводился в просвет холедоха с последующей фиброхоледохоскопией и удалени-

ем конкрементов. Операция заканчивалась дренированием холедоха и брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После лапароскопической холецистэктомии и фиброхоледохоскопии с устранением холедохолитиаза все семеро больных выписаны в удовлетворительном состоянии на 10-11-сутки с дренажом в просвете холедоха. На 20-21 сутки больные кратковременно госпитализировались, выполнялась контрольная фистулохолангиография, дренаж из просвета холедоха удалялся. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанный способ позволяет без технических трудностей осуществлять лапароскопическую фиброхоледохоскопию без травматических повреждений холедоха, тем самым повысить эффективность лечения больных с холецистохоледохолитиазом. Троакарная лапароскопическая фиброхоледохоскопия с ревизией желчных протоков технически доступна, отличается надежностью и дает возможность сократить число эндоскопических папиллосфинктеротомий, ретроградных холангиопанкреатикографий.

Таким образом, проведенная сравнительная оценка результатов лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, выявила явные преимущества эндовидеолапароскопической троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции по сравнению с открытым методом. Применение эндовидеолапароскопического

оперативного лечения с применением троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции приводят не только к уменьшению количества ослож-

нений ($p < 0,05$), но и к сокращению сроков пребывания пациента как в отделении реанимации, так и в отделении хирургии ($p < 0,05$).

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С.

*Омская государственная медицинская академия,
Кафедра хирургических болезней постдипломного образования,
МУЗ «Медико-санитарная часть № 4»,
г. Омск*

МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЯ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Желчнокаменная болезнь остается актуальной проблемой современной хирургии, особенно, осложненных холедохолитиазом форм. Большое значение при оперативном лечении больных с холецистохоледохолитиазом имеет выбор способа оперативного лечения. Применение открытого лапаротомного доступа при оперативном лечении больных с холецистохоледохолитиазом характеризуется травматичностью, что негативно сказывается на результатах оперативного лечения данной категории больных.

Применение лапароскопического оперативного лечения больных с холецистохоледохолитиазом не всегда возможно из-за наличия противопоказаний к применению данной технологии.

В связи с чем применение минилапаротомного доступа открывает новые возможности применения минилапаротомного лечения больных с холецистохоледохолитиазом. Сдерживающим фактором использования данного доступа являются технические трудности по проведению интраоперационной холедохоскопии и литоэкстракции, что явилось основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования — изучить возможности применения минилапаротомного доступа с интраоперационной фиброхоледохоскопией и литэкстракцией при лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом с сохранением при этом целостности большого дуоденального сосочка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для применения минилапаротомного доступа с интраоперационной фиброхоледохоскопией и литэкстракцией при оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом разработано устройство (патент на полезную модель № 45917 от 8.12.2004) позволяющее устранять технические трудности

выполнения данного этапа оперативного лечения.

За период с 2002 по 2008 гг. в хирургическом отделении МУЗ МСЧ № 4 г. Омска при оперативном лечении 55 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом применен минилапаротомный доступ, при котором с помощью разработанного устройства осуществлялась интраоперационная фиброхоледохоскопия и литэкстракция.

Из 55 пациентов старше 60 лет было (43,1 %). Женщин было 40 (72,2 %), мужчин — 15 (27,8 %). Средний возраст больных составил $62,7 \pm 6,4$ г.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Для минилапаротомии использовался набор инструментов «Мини-Ассистент». Минилапаротомная холецистэктомия была выполнена 55 пациентам, которая в ходе оперативного вмешательства сочеталась с холедохотомией и интраоперационной фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией с помощью устройства.

После удаления желчного пузыря и выполнения холедохотомии в продольном направлении в просвет холедоха вводится устройство с последующей фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией. Операция заканчивается дренированием холедоха и брюшной полости.

Применение данной методики позволило добиться положительных результатов у всех 55 больных. Противопоказанием к применению данного способа является диаметр холедоха менее 10 мм.

Течение послеоперационного периода у 52 пациентов протекало без осложнений. У 3 пациентов в послеоперационном периоде имелись осложнения: в одном наблюдении нагноение послеоперационной раны, желченечение имело место у одного пациента из ложа желчного пузыря, купированное консервативно, и в одном случае имело

место правосторонняя пневмония. Летальных исходов не наблюдалось. Средний койко-день составил $20,4 \pm 1,32$.

ВЫВОДЫ:

Созданное устройство, с помощью которого без технических трудностей выполняется фиброхоледохоскопия и литоэкстракция при ми-

нилапаротомном оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, позволяет:

- улучшить как диагностику, так и результаты оперативного лечения данной патологии;
- сохранить сфинктерный аппарат большого дуоденального сосочка и предотвратить применение открытых методов оперативного лечения.

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С.

*Омская государственная медицинская академия,
Кафедра хирургических болезней постдипломного образования,
МУЗ «Медико-санитарная часть №4»,
г. Омск*

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

Острый панкреатит является одной из самых актуальных проблем неотложной хирургии органов брюшной полости, которая давно привлекает внимание отечественных и иностранных ученых-хирургов. Возрастающая частота острого панкреатита, тяжелое течение, сопровождающееся высоким процентом осложнений и летальности, свидетельствует об актуальности проблемы лечения пациентов с данной патологией. Многие аспекты, связанные с этим заболеванием, требуют детального изучения.

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом на основе комбинированного использования эндоскопических, эндовидеолапароскопических и минилапаротомных оперативных вмешательств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1999 по 2007 гг. прооперировано 92 больных с острым панкреатитом. Все больные острым панкреатитом поступили в стационар по неотложным показаниям. Срок с начала заболевания до момента поступления у больных варьировал от 5 часов до 6,5 суток. Среди больных с острым панкреатитом мужчины составили 57 пациентов (61,9 %), а женщин было 35 (38,1 %). По этиологическому фактору больные с острым панкреатитом распределились следующим образом: злоупотребление алкоголем и его суррогатов составило 34,9 %, холелитиаз имел место у 28,8 % пациентов, алиментарный фактор наблюдался в 11,2 % случаев. Причина заболевания не установлена у 24,9 % пациентов.

Для оценки тяжести состояния больных и эффективности проводимого лечения использо-

валась модифицированная шкала объективной оценки M-SAPS (Simplified Acute Physiology Score).

Диагноз острого панкреатита устанавливался на основании результатов клинического обследования, лабораторных исследований, динамического УЗИ, обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей, фиброгастродуоденоскопии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, видеолапароскопии.

Показаниями к применению комбинированного миниинвазивного хирургического лечения явились:

- острый панкреатит, ферментативный перитонит с парапанкреатитом;
- острый панкреатит с нагноившейся псевдокистой или абсцессом сальниковой сумки;
- острый панкреатит, ферментативный перитонит с парапанкреатической и забрюшинной флегмоной;
- острый панкреатит, ферментативный перитонит с деструктивным холециститом;
- острый панкреатит, ферментативный перитонит, холедохолитиаз с механической желтухой.

Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение — это рациональная последовательность применения эндоскопических, эндовидеолапароскопических, минилапаротомных оперативных способов лечения острого панкреатита. Комбинированное миниинвазивное хирургическое лечение заключалось в следующем. Первоначально выполнялся эндоскопический этап, в ходе которого производилась диагностика проходимости большого сосочка двенадцатиперст-



ной кишки и коррекция выявленной патологии с помощью папиллосфинктеротомии. Следующим этапом комбинированного миниинвазивного хирургического лечения являлся эндовидеолапароскопический, представляющий из себя ревизию и санацию брюшной полости. При наличии показаний выполнялась холецистостомия с применением оригинального дренажа или холецистэктомия.

Минилапаротомный этап комбинированного миниинвазивного оперативного лечения, выполнялся с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» в случаях:

- высокого риска эндовидеолапароскопической холецистэктомии;
- необходимости выполнения холедохолитотомии с дренированием холедоха;
- при наличии показаний для ревизии, санации и дренирования салниковой сумки или парапанкреатической клетчатки

Заключительным этапом проведения комбинированного миниинвазивного оперативного лечения являлась окончательная эндовидеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

У 42 больных выполнены эндовидеолапароскопия, лапароскопическая холецистостомия, минилапаротомная оментобурсостомия, санация и дренирование брюшной полости. В 23 случаях проведены эндовидеолапароскопия, лапароскопическая холецистостомия, вскрытие и дренирование парапанкреатической и забрюшинной флегмоны через минидоступы, санация и дренирование брюшной полости. После эндовидеолапароскопического этапа у 16 больных выполнена

минилапаротомная холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому, а в 11 случаях после минилапаротомной холецистэктомии и холедохотомии — фиброхоледохоскопия специальным устройством и дренированием холедоха по Вишневскому.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Преимущества комбинированного миниинвазивного хирургического лечения перед открытым хирургическим лечением заключались в следующем:

- 1) положительная динамика тяжести состояния пациентов в послеоперационном периоде в первые пять суток составила с 7,2 до 3,2 баллов по шкале M-SAPS;
- 2) уменьшение количества осложнений с 37,1 % до 15,9 %;
- 3) сокращение продолжительности пребывания пациента в отделении реанимации с 14,0 до 8,3 койко-дней, в стационаре — с 31,2 до 23,7;
- 4) снижение летальности с 31,4 % до 15,9 %.

ВЫВОДЫ:

Анализ полученных данных позволяет сделать выводы о преимуществах комбинированного миниинвазивного хирургического лечения перед открытыми методами оперативного лечения больных с острым панкреатитом. Полученные положительные результаты лечения больных с острым панкреатитом свидетельствуют о целесообразности применения комбинированного миниинвазивного метода оперативного лечения.

ДИБИНА Т.В.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

СОСТОЯНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ФОНЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ

Холелитиаз выявляется у 5-10 % населения. Проблема камнеобразования до настоящего времени не разрешена. Ряд авторов рассматривают в качестве этиопатогенетического фактора внутрипеченочный холестаз, который в свою очередь обуславливает хроническое воспаление печени и дает старт морфологической перестройке ткани печени вплоть до развития фиброзного замещения. Данный патологический процесс не может не отразиться на портопеченочном кровотоке. В свою очередь, хроническая ишемическая болезнь печени играет значимую роль в нарушении энтерогепатической циркуля-

ции желчных солей. Допплеровские ультразвуковые методики в спектральном режиме, цветном картировании дают объективную информацию о состоянии кровотока в бассейне органов брюшной полости.

Цель исследования — изучить особенности портальной гемодинамики на фоне желчнокаменной болезни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 32 пациента в возрасте 37-65 лет, которых мы разделили на 3 группы: 1) лица с бессимптомным холелитиазом — 11 человек

(34,4 %); 2) пациенты с клинически выраженным калькулезным холециститом — 15 человек (46,9 %); 3) пациенты с ЖКБ, осложненной механической желтухой — 6 человек (18,7 %). Ультрасонографическое исследование выполнялось на аппаратах ALOKA SSD 1700 и 2000 конвексными датчиками 3,5 и 5 МГц. Оценивались показатели гемодинамики общей печеночной артерии, воротной и селезеночной вен.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели гемодинамики в группе пациентов с бессимптомным холелитиазом регистрировались в пределах нормы в 6 случаях (54,5 %). В 3 наблюдениях (27,3 %) отмечалось снижение линейной и повышение объемной скорости кровотока в селезеночной вене, у 2 пациентов (18,2 %) — небольшое снижение максимальной линейной скорости кровотока и повышение индекса резистентности в общей печеночной артерии. У лиц с клинически выраженным калькулезным холеци-

ститом отмечался монофазный поток в воротной вене без гемодинамически значимых отклонений в 7 случаях (46,7 %), у 10 человек (66,7 %) был умеренно повышен индекс резистентности в общей печеночной артерии, в селезеночной вене регистрировалось снижение максимальной линейной и повышение объемной скоростей кровотока в 13 случаях (86,7 %). На фоне механической желтухи отмечались нарушения гемодинамики в бассейне всех исследуемых нами сосудов у всех пациентов. Значения индекса резистентности достоверно увеличены в печеночной, селезеночной артериях и в чревном стволе. Показатели максимальной скорости в общей печеночной артерии и селезеночной вене возрастали.

Таким образом, доплерографическое ультразвуковое исследование позволяет определить характер гемодинамических нарушений портального кровотока на фоне холелитиаза, который зависит от длительности и степени выраженности патологического процесса.

ДИБИНА Т.В.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ МОТОРНО-ЭВАКУТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Холецистэктомия — единственно радикальный способ излечения больных желчнокаменной болезнью. Однако сохраняется и приобретает все большую актуальность проблема послеоперационных осложнений.

Частота встречаемости постхолецистэктомического синдрома составляет от 11 до 43 %. Учитывая частую функциональную ранимость двенадцатиперстной кишки, ее топографо-анатомические и физиологические особенности взаимоотношений с органами желчевыделительной системы, появляется необходимость диагностики моторно-эвакуаторных нарушений данного отдела желудочно-кишечного тракта.

В настоящее время нет объективной ультразвуковой оценки функциональных изменений двенадцатиперстной кишки после оперативного лечения холелитиаза, которая обеспечивала бы индивидуализированный подход к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Цель исследования — повысить информативность трансабдоминальной ультрасонографии в оценке моторно-эвакуаторной состоятельности

двенадцатиперстной кишки у пациентов после операции — холецистэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 70 человек: 31 пациент (44,3 %) после традиционной холецистэктомии открытым способом (ТХЭ) и 39 человек (55,7 %) после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

В зависимости от органических изменений желчного пузыря, пациенты распределены следующим образом: 19 человек (27,1 %) с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), 35 случаев (50 %) с острым калькулезным неосложненным холециститом (ОКНХ) и 16 пациентов (22,9 %) с острым калькулезным осложненным холециститом (ОКОХ).

Сонография выполнялась на аппаратах ALOKA SSD 1700 и 2000 с использованием конвексных датчиков 3,5 и 5 МГц. Стандартный алгоритм ультразвукового исследования предусматривал оценку органов гастроудоденального комплекса (ГДК) по их топографии, форме контуров, размерам натошак и после контрастирования дегазированной жидкостью с определением



перистальтической и эвакуаторной способности. Дополнили диагностику гистометрическим анализом характера содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки и доплерографической оценкой интенсивности выброса потока содержимого желудка через пилорус.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставляя ультрасонографические показатели, выделили основные типы функциональной состоятельности (ФС) ГДК: 1) показатели моторно-эвакуаторной функции в пределах нормы; 2) ускоренная эвакуация из желудка на фоне нормальной двигательной активности двенадцатиперстной кишки; 3) усиленная сократительная активность желудка с замедлением дуоденального транзита; 4) сочетанное ослабление моторно-эвакуаторной деятельности желудка и ДПК; 5) замедление эвакуации химуса из двенадцатиперстной кишки на фоне сохраненной функции желудка.

Сравнительная характеристика эффективности холецистэктомии разными способами предусматривала УЗ оценку функциональной состоятельности проксимального отдела ЖКТ в разные сроки после оперативного вмешательства.

Ранний послеоперационный период после ТХЭ характеризовался регистрацией сочетанных моторно-эвакуаторных нарушений желудка и ДПК (декомпенсированные формы дуоденальной непроходимости) в 33,3 % случаев на фоне ХКХ, в 58,4 % наблюдений с ОКНХ и в 82 % случаев с ОКОХ. Ближайший послеоперационный период выявил динамику развития: у пациентов с ХКХ и ОКНХ в равных соотношениях были 1, 4 и 5 типы ФС, отсутствие изменений встречалось чаще на 12,8 %, декомпенсированная форма сократилась с 48,7 % до 23 %, у лиц с ОКОХ отмечались незначительные изменения и только гистометрические и доплерометрические показатели указывали на начало восстановления дуоденальной проходимости.

В отдаленном послеоперационном и реабилитационном периодах нормативные показатели в 46,7 % регистрировались у пациентов с ХКХ и в 42 % наблюдений с ОКНХ. Декомпенсированная форма дуоденальной непроходимости регистрировалась всего в 15,8 % случаев. У пациентов с ОКОХ менее выражена положительная динамика: дуоденальная непроходимость сохранялась в 40 % случаев, из них в 20 % наблюдений на фоне дуоденита и холангита. В группе пациентов после ТХЭ в отдаленные сроки после хирургического вмешательства преобладали эхопризнаки изоли-

рованной дуоденальной гипертензии и регистрировались в 35,5 % случаев.

После ЛХЭ в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ХКХ преобладали 3, 4, 5 типы ФС и характеризовали дуоденальную непроходимость суб и декомпенсированного характера. В ближайшем послеоперационном периоде нормализация МЭФ ГДК отмечалась уже в 33,3 % случаев, а в отдаленные сроки после операции в 48 %, при этом самый агрессивный тип встречался только в 6,7 % случаев. У лиц с ОКНХ ранний послеоперационный период отличался также большей частотой декомпенсированных и субкомпенсированных форм дуоденальной непроходимости, но хочется отметить, что в 10,5 % случаев отсутствовали функциональные изменения ГДК, в ближайшем послеоперационном периоде нормативные показатели встречались уже в 21 % случаев, а декомпенсированные и субкомпенсированные формы сократились в 2 раза, в отдаленные сроки после ХЭ уже в 42 % наблюдений МЭФ в пределах нормы. Для пациентов с ОКОХ ранний и ближайший послеоперационные периоды мало отличались так как в эту группу вошли пациенты с перивезикальным абсцессом, но предположить начало восстановительных процессов позволили эходенситометрические и доплерометрические показатели. Однако в отдаленные сроки у данных больных нормализация отмечалась в 41 % случаев, декомпенсированная форма сократилась на 30 %.

Средние показатели МЭФ ГДК после ЛХЭ в разные сроки после оперативного вмешательства позволили провести мониторинг и вывести следующую закономерность. Суб- и декомпенсированные формы сразу после операции встречались в 60 % случаев, уже в ближайшем периоде эта группа больных сократилась на 35 %, а в отдаленном послеоперационном и реабилитационном периодах нормативные параметры регистрировались у 41 % лиц.

ВЫВОДЫ:

1. Дуоденальная дисфункция в большинстве случаев носит обратимый характер, скорость восстановления моторно-эвакуаторной способности двенадцатиперстной кишки определяется видом оперативного вмешательства и органическими изменениями желчного пузыря.
2. После лапароскопической холецистэктомии нормативные показатели функционального состояния гастродуоденального комплекса регистрировались на 28,1 % чаще в сравнении с открытым способом удаления желчного пузыря.



ДИБИНА Т.В., ТРОФИМОВ К.В.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
Клиническая больница № 81,
г. Северск, Томская область

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Среди болезней системы кровообращения артериальная гипертензия (АГ) наряду с ишемической болезнью сердца занимают ведущее место и определяют высокий риск летальности, временной и стойкой утраты трудоспособности. По данным ряда авторов, симптоматические артериальные гипертензии составляют до 20 % в структуре всех АГ, при этом от 6 до 10 % из них приходится на эндокринные гипертензии надпочечникового генеза. Гормонально-активные опухоли надпочечников с АГ нередко приводят к инвалидизации больных в сравнительно молодом возрасте, а в тяжелых случаях и к их гибели.

В современной медицинской практике развитых стран при наличии клинических проявлений патологии надпочечников ультразвуковое исследование не используется ввиду невысокой чувствительности метода: пациентам сразу же назначается компьютерная томография с контрастированием, которая обладает гораздо более высокими показателями информативности. Точность топической диагностики при РКТ достигает 95–100 %. Однако, дифференциальная диагностика опухолей Надпочечников различного гистологического строения остается трудной из-за низкой специфичности метода. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства по поводу других заболеваний могут выявляться в основном бессимптомные объемные образования (инциденталомы). Диагностика надпочечниковой патологии осуществляется с помощью других методов визуализации. Эхографически в норме у взрослого человека можно определить только зону, в которой находятся надпочечники. Нормальная ткань надпочечников по своим акустическим свойствам практически не отличается от забрюшинной клетчатки.

Спектр надпочечниковой патологии включает опухоли, кисты, гиперплазии, воспалительные изменения, дисциркуляторные нарушения, гематомы, которые эхографически невозможно четко отдифференцировать друг от друга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2006–2007 гг. осмотрено на предмет патологии надпочечников 35 человек (15 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 25 до 78 лет. Ультрасонография проводилась на аппаратах Aloka SSD-1700 и 2000 с использованием конвексного датчика 3,5 и 5 МГц по стандартной методике:

оценивалось состояние органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Доступы для визуализации надпочечников: справа — субкостальный, слева — интеркостальный по левой аксиллярной линии.

Рентгеновская компьютерная томография выполнена на томографе Samatom AR.HP. Для правильной оценки анатомических структур и выявления возможной патологии необходимо хорошее пространственное разрешение, для чего толщина срезов и коэффициент смещения стола не превышали 5 мм. Повторное исследование с контрастированием проводили при наличии крупных образований. Данная методика позволяет более точно выявить орагнопринадлежность и злокачественность забрюшинного образования. Для «усиления» использовали только неионное контрастное вещество (Омнипак) в объеме 40 мл.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При ультразвуковом исследовании выявлена патология в 13 случаях (37,1 %): одностороннее поражение в виде гипоехогенного солидного образования рядом с верхним полюсом почки — у 8 пациентов (22,9 %), из них справа в 6 случаях и слева в 2-х, гиперэхогенное солидное образование справа — в 1 наблюдении (2,8 %), кистозное однокамерное образование — у 1 человека (2,8 %), кистозное многокамерное образование — в 1 случае (2,8 %), двустороннее поражение в виде гипоехогенных образований рядом с верхними полюсами и воротами почек — в 2 (5,7 %).

При использовании РКТ в 8 случаях (22 %) из 35 патологических изменений в надпочечниках не отмечено. У 22 пациентов (59 %) выявлены опухолевидные образования, из них на правый надпочечник приходится 11 (29 %), на левый — 5 (14 %), оба надпочечника поражены в 6 наблюдениях (16 %). Гиперплазия надпочечников (двустороннее поражение) — 1 случай (3 %), односторонняя локализация отмечена только слева у 6 пациентов (16 %).

ВЫВОДЫ:

Чувствительность ультразвукового метода в диагностике заболеваний надпочечников составила всего — 38,5 %, РКТ — 97,2 %. Учитывая низкую специфичность данных методов (УЗИ — 43,2 %, РКТ — 60 %), рекомендуется изучение уровня гормонов и их метаболитов в перифериче-

ЕФРЕМОВА О.Р., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
МЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,
г. Новокузнецк

СТРУКТУРА ИЗМЕНЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПАПИЛЛЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖКБ

Желчнокаменная болезнь — одна из наиболее часто встречающихся в практике врача нозологических форм. По данным ВОЗ, ею страдают более 10 % населения мира. В связи с этим, одной из актуальных проблем хирургии остается диагностика и лечение осложненных форм ЖКБ с преимущественным доброкачественным поражением большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела холедоха.

Цель работы — выявить характерные визуальные изменения БДС и парапапиллярной области при осложненной ЖКБ до операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 2000 г. по 2007 г. в отделение общей хирургии ГКБ № 29 поступили 3094 пациента с заболеваниями желчевыводящих путей. При поступлении ФГДС была выполнена 2539 пациентам (82 % от общего количества госпитализированных в отделение). Мужчин в возрасте от 18 до 91 года — 2170 (85,46 %), женщин в возрасте от 16 до 94 лет — 369 (14,54 %). ФГДС выполнялась до оперативного лечения. При ФГДС оценивались следующие визуальные признаки: размеры, форма, расположение БДС; характер желчеоттока, вколотые конкременты устья БДС; наличие парапапиллярных дивертикулов, что иногда весьма затрудняет проведение оперативно-лечебных манипуляций на БДС. При гипербилирубинемии обязательно выполнялась ЭРПХГ для решения вопроса о проведении ЭПСТ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Первостепенной задачей при проведении ФГДС являлась диагностика изменений БДС и парапапиллярной зоны, позволяющей решить вопрос о необходимости проведении ЭРПХГ и

возможности эндоскопических оперативных вмешательств на БДС. Изменения 12-п.к. выявлены у 927 больных (36,5 %). Используя комбинацию ФГДС и ЭРПХГ, выявлены следующие изменения ДПК, БДС, парапапиллярной области и терминального отдела холедоха:

- парапапиллярный дивертикул — 183 (19,7 %);
- признаки хронического панкреатита — 278 (30 %);
- признаки острого панкреатита — 71 (7,7 %);
- Стеноз папиллы — 197 (21,3 %);
- аденома БДС — 19 (2 %);
- папиллит геморрагический — 12 (1,3 %);
- узловой папиллит — 21 (2,3 %);
- папиллит эритематозный — 26 (2,8 %);
- дисфункция папиллы (билиарная) 2-3 типа — 11 (1,2 %);
- дисфункция папиллы 2 типа (панкреатическая) — 2 (0,2 %);
- рак БДС — 19 (2,1 %);
- санториницеле — 16 (1,7 %);
- холангит — 38 (4,1 %);
- ущемленный камень БДС — 21 (2,3 %);
- пролежень БДС — 2 (0,2 %);
- сдавление 12-п.к. поджелудочной железой — 11 (1,12 %).

ВЫВОДЫ:

1. Выполнение ФГДС перед операцией позволяет выявить изменения БДС и 12-п.к. в 36,5 % случаев.
2. У больных с осложненными формами ЖКБ для диагностики доброкачественной патологии желчных протоков и БДС следует применять методику избирательной ЭРПХГ.
3. Показания к ЭПСТ имели место в 18,6 % наблюдений (58,1 % из выявленных изменений 12-п.к.).

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Проблема панкреатита является одной из актуальнейших в экстренной хирургии. Актуальность проблемы связана со сложностью в диагностике и в выборе лечебной тактики. Диагностику панкреатитов относят к одной из труднейших проблем в современной гастроэнтерологии и хирургии, что связано с не специфичностью проявлений заболевания и выступающей на первый план клиникой поражения соседних органов.

Цель исследования — выявить характерные визуальные признаки острого и хронического панкреатитов при фиброгастродуоденоскопии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2000 г. по 2007 г. в отделение общей хирургии были госпитализированы 1304 пациента с заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ): 1255 — с диагнозом острый панкреатит (ОП), из них мужчин 747 в возрасте от 19 до 72 лет; женщин 508 в возрасте от 15 до 87 лет. 49 больных с диагнозом хронический панкреатит (ХП), из них 13 мужчин в возрасте от 25 до 67 лет и 36 женщин в возрасте от 15 до 89 лет.

Всем пациентам выполнены биохимический анализ крови и мочи, УЗИ ПЖ, печени и желчных путей. ФГДС выполнена 795 пациентам (из них 49 с ХП), что составило 60,9 % от общего количества госпитализированных в стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Гиперамилаземия и гиперамилазурия были выявлены у 926 пациентов, что составило 71 %.

При традиционном УЗИ ПЖ выявлены следующие характерные признаки: изменения формы, контуров, размеров, эхогенности, внутренней структуры, протоковой системы, кисты и псевдокисты железы у 822 пациентов, что составило 63 %.

ФГДС является нетравматичным и достаточно безопасным методом обследования, позволяющим провести не только детальный осмотр ДПК и БДС, оценить изменения парапапиллярной зоны, но выявить сопутствующую патологию желудочно-кишечного тракта, протекающую под маской панкреатита. При ФГДС у 301 пациента были выявлены при сопутствующей картине ОП деформация выходного отдела желудка и луковицы ДПК, за счет сдавления извне, разворот привратника кзади, стекловидный отек слизистой по медиальному контуру ДПК, разворот и сглаживание подковы ДПК, локальная болезненность при продвижении эндоскопа через луковицу ДПК, поддавливание БДС в просвет кишки плотной болезненной полусферической структурой, папиллиты, ущемленный камень БДС, нарушение ритма желчеоттока. При сопутствующей картине ХП у 40 пациентов: лимфоангиоэктазии, санторинцеле, разворот и малоподвижность БДС за счет сдавления ДПК извне плотной безболезненной тканью, парез желудка или гиперперистальтика. При панкреонекрозах отмечалось циркулярное сдавление нисходящей ветви ДПК, геморрагическая инфильтрация парапапиллярная или циркулярная. Выявляемость признаков составила 43 % от общего количества пациентов, подвергшихся ФГДС.

ВЫВОДЫ:

1. ФГДС является информативным методом исследования, позволяющим в комплексе других диагностических методов существенно улучшить качество диагностики острого и хронического панкреатита.
2. ФГДС должна быть обязательным компонентом обследования при поступлении пациентов с панкреатитом.

ЖЕРЛОВ Г. К., КОЗЛОВ С.В., КАРАСЬ Р.С.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Представлены результаты оперативного лечения 208 больных с ГЭРБ. У 70 пациентов с ГЭРБ проведено изучение эффектив-

ности автономного электрического стимулятора желудочно-кишечного тракта (АЭС ЖКТ-зонда) и определены показания для его применения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В диагностике использовались: трансабдоминальная ультрасонография, (24-х часовая) рН-метрия, эзофагеальная и антродуоденальная манометрия, эндоскопическая ультрасонография. У 168 пациентов выполнена операция по оригинальной методике (способ моделирования искусственного нижнего пищеводного «сфинктера»). Через 1,5 месяца после операции обследовано 94 % пациентов. У 4 пациентов отмечалась легкая дисфагия, которая самостоятельно купировалась. Давление в области НПС у пациентов этой группы увеличилось на $12,5 \pm 4,5$ мм рт. ст. Протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления после операции — $3,4 \pm 0,5$ см. В отдаленные сроки обследовано 68 % пациентов. Давление в области НПС составило $25,7 \pm 4,4$ мм рт. ст., протяженность нижней пищеводной зоны высокого давления — $2,9 \pm 0,4$ см. Характер послеоперационных хирургических осложнений: Gas-bloat-синдром ($n = 8$), диспепсические расстройства ($n = 11$), рецидив симптомов ГЭРБ ($n = 2$, после операции Toure).

Для оценки клинической эффективности электростимуляции 126 пациентов с ГЭРБ рандомизированы на две сравнимые группы: в I-й ($n = 70$) проводилась электростимуляция НПС и антроду-

оденальной зоны при помощи АЭС ЖКТ-зонда. II-я группа ($n = 56$) получала медикаментозное лечение.

Критериями включения пациентов явились: установленный диагноз ГЭРБ, отсутствие выраженных анатомических изменений пищеводно-желудочного перехода, функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера по данным эзофагеальной манометрии.

С целью оценки степени ослабления антирефлюксной функции НПС и его компенсаторных возможностей применяется эзофагеальная манометрия с проведением функциональной пробы с церукалом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выбор тактики лечения ГЭРБ должен основываться на объективных критериях свидетельствующих о состоянии антирефлюксной функции кардии и носить предупреждающий характер.

Применение разработанной лапароскопической технологии антирефлюксной операции позволяет исключить развитие основных постфундопликационных осложнений, а использование АЭС повысить качество жизни пациентов, не нуждающихся в оперативном лечении.

ЖЕРЛОВ Г.К., КОЗЛОВ С.В., КАРАСЬ Р.С.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Актуальность проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) определяется эпидемиологической и клинической значимостью, развитием серьезных осложнений и трудностями при лечении.

Распространенность ГЭРБ среди взрослого населения развитых стран различна и по данным разных авторов составляет от 10 до 60 %. Клинические проявления заболевания зачастую носят настолько интенсивный характер, что пациенты оценивают качество жизни хуже, чем больные с ишемическим поражением сердца.

Хирургические технологии применяются по строгим показаниям: при наличии выраженных анатомических и воспалительных изменений в пищеводе. Медикаментозное лечение не всегда устраняет основные патогенетические факторы ГЭРБ, ключевыми из которых, согласно современным данным, являются нарушение антродуоденальной моторики и ослабление антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера

(НПС). Ключевую роль в ослаблении антирефлюксного барьера играют снижение базального давления НПС и повышение частоты его преходящих расслаблений, причины которых до сих пор не установлены.

В связи с этим является актуальной разработка новых способов лечения, оказывающих стимулирующее воздействие на тонус НПС и антродуоденальной зоны.

Для оценки клинической эффективности электростимуляции 126 пациентов с ГЭРБ рандомизированы на две сравнимые группы: в I-й ($n = 70$) проводилась электростимуляция НПС и антродуоденальной зоны при помощи АЭС ЖКТ-зонда. II-я группа ($n = 56$) получала медикаментозное лечение.

При определении степени ослабления антирефлюксной функции НПС и его компенсаторных возможностей применяется эзофагеальная манометрия с проведением функциональной пробы с церукалом, которая выполнялась всем

126 пациентам. На основе данной пробы в нашей клинике разработана классификация недостаточности НПС, позволяющая разграничить его функциональные и органические нарушения. При I-й степени повышение среднереспираторного давления НПС после введения церукала происходило от исходных 10-13 мм рт. ст. до 14 мм рт. ст. и выше (42,9 %), при II-й степени — от 6-9 мм рт. ст. (33,3 %), при III-й — от 3-5 мм рт. ст. (23,8 %). Указанные степени считаются функциональными нарушениями и являются основным показанием для проведения электростимуляции и медикаментозного лечения. При IV-й степени исходное давление ниже 3 мм рт. ст. или отсутствует реакция НПС, что является показанием к оперативному лечению.

С целью восстановления антирефлюксной функции НПС и антродуоденальной моторики в нашей клинике разработан и применяется метод стимуляции при помощи АЭС ЖКТ-зонда.

Учитывая механизмы развития ГЭРБ, первым этапом проводилась электростимуляция антродуоденальной зоны, а затем области НПС. Установку АЭС ЖКТ-зонда в область кардии и антродуоденальной зоны проводили по данным эндоскопического исследования. На зонде индивидуально ставились 2 метки: 1-я — расстояние от резцов до кардии, 2-я — от резцов до антродуоденальной зоны. Длительность одной процедуры составляла 60 минуи (экспозиция 30 минут на каждом уровне). Процедуры проводились ежедневно. Курс лечения состоял из 7 сеансов электростимуляции и проведен у всех 70 пациентов I-й группы (эндоскопически негативная ГЭРБ — 18,6 %; РЭ I ст. — 31,4 %; РЭ II ст. — 50 % пациентов). Во II-й группе (n = 56) при выявлении неэрозивной

формы ГЭРБ (17,8 % пациентов) на 8 недель назначались маалокс по 1 дозе через 1,5-2 часа после еды, 2 раза в день и непосредственно перед сном, мотилиум 10 мг 4 раза в день за 20 минут до еды и омепразол 20 мг 1 раз на ночь. Эрозивная форма ГЭРБ (РЭ I ст. — 30,3 %, РЭ II ст. — 51,9 % пациентов) требовала увеличения дозы ингибиторов протонного насоса (омепразола) до 20 мг 2 раза в день в течение 8 недель. Антациды и прокинетики назначались в прежней дозировке.

Наряду с основным лечением, в обеих группах назначалась модификация образа жизни (lifestyle modification).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Электростимуляция при помощи АЭС ЖКТ-зонда оказывает положительное стимулирующее влияние на нижний пищеводный сфинктер и антродуоденальную моторику. Учитывая результаты контрольного обследования можно говорить, что электростимуляция является эффективной и позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни у пациентов с ГЭРБ на фоне функциональной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера по сравнению с медикаментозной терапией. Показаниями к электростимуляции являются функциональная недостаточность нижнего пищеводного сфинктера I-III степеней, рефлюкс-эзофагит I и II степеней, неэффективность медикаментозной терапии. Пациентам с органической недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера, а также выраженными воспалительными и анатомическими изменениями в области пищеводно-желудочного перехода показано оперативное лечение.

ЗОЛОЕВ Д.Г.

*ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр
медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»,
г. Новокузнецк*

СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ПОЛУЗАКРЫТОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ ИЗ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТОВ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

В последние годы вновь повысился интерес хирургов к методу полузакрытой эндартерэктомии (ЭАЭ). Данный метод реваскуляризации малотравматичен, не требует применения синтетических трансплантатов и с успехом может быть применен у ослабленных боль-

ных пожилого возраста с критической ишемией конечности. Однако методические особенности метода предполагают возможность возникновения специфических осложнений, в частности — эмболии артерий контралатеральной конечности.

Цель работы: изучить состояние гемодинамики в контрлатеральной конечности после проведения ЭАЭ из подвздошно-бедренного и бедренно-подколенного сегментов.

Обследовано 102 больных с окклюзирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Методом исследования явилась ультразвуковая доплерометрия (УЗДМ) до и после операции. В первую группу вошли пациенты, которым выполнена эндартерэктомия из подвздошно-бедренного сегмента (50 больных); во вторую — больные с эндартерэктомией из бедренно-подколенного сегмента (48 человек). У всех больных исследовали показатели ультразвуковой доплерографии с регистрацией лодыжечного артериального давления (ЛАД) и расчетом лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). В качестве критерия снижения показате-

лей гемодинамики рассматривали уменьшение ЛПИ на 25 %. Результаты исследований показали, что снижение ЛПИ при реваскуляризирующих операциях на артериях нижних конечностей имели место в первой группе в 11 случаях (22 %), во второй — в 8 (16,6 %). Причем во второй группе снижение ЛПИ отмечено у тех пациентов, которым ЭАЭ проводилось ретроградно из подколенного доступа.

Таким образом, несмотря на положительные результаты реваскуляризирующих операций на артериях нижних конечностей, сохраняется риск их осложнений. В частности, достаточно часто имела место эмболизация артерий контрлатеральной конечности. Очевидно, что целесообразность послеоперационного контроля гемодинамики обеих конечностей должна присутствовать в каждом случае проведения ЭАЭ.

КЕМЕРОВ С.В.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ЗАБРЮШИННАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА

Хирургическая инфекция до настоящего времени остается одной из проблем лечения распространенного гнойного перитонита в терминальной фазе. Новые мощные антибактериальные препараты, предназначенные для борьбы с перитонеальной инфекцией, существенно не улучшают результаты лечения перитонита в стадии полиорганной недостаточности. Сохраняет свою актуальность проблема эффективности комплексной терапии перитонита и перитонеального сепсиса.

Целью нашего исследования был поиск технологий, оптимально сочетающихся и потенцирующих друг друга, максимально эффективных в лечении перитонеальной инфекции. Анализ результатов поиска и исходов лечения тяжелого перитонеального сепсиса с применением новых и самых совершенных технологий свидетельствует, что только комплексное этиопатогенетическое лечение и многокомпонентное воздействие на все составляющие инфекционного процесса способствует снижению летальности и числа гнойно-воспалительных осложнений.

Основным звеном этиопатогенетического подхода в лечении перитонеального сепсиса мы считаем удаление патогенных микроорганизмов из брюшной полости, брюшины, циркулирующей крови, лимфатической системы и лимфы, и детоксикация всех сред организма с целью ликвидации эндотоксикоза и прерывания инфекционного про-

цесса в организме больного. Удаление инфекта из брюшной полости осуществляем многократными санациями брюшной полости: одномоментными (первичная, вторичная, заключительная и медикаментозная санации) и плановыми (через 24 часа, в течение 2-4-х процедур) с помощью декомпрессионной лапаростомы. В отмывающем растворе использовали антибактериальные, антисептические, противовоспалительные препараты, трипсин для отмывания фибринных наложений, новокаин, как местноанестезирующее средство, гемодез, как улучшающее микроциркуляцию и детоксикационное средство и их сочетание.

Детоксикацию брюшины и забрюшинной клетчатки проводили введением в забрюшинное пространство раствора аналогичного состава, за исключением трипсина (от 2 до 10 инъекций). На фоне применения забрюшинной лимфотропной терапии не наблюдали случаев возникновения и прогрессирования локальных и распространенных гнойных процессов в забрюшинном пространстве.

Восстановление и стимуляцию лимфооттока в лимфосистеме забрюшинного пространства осуществляли болюсными введениями (1-3 инъекции) в забрюшинную клетчатку раствора новокаина (0,25 % — 60 мл), лидазы 0,1 г и пентоксифиллина 1 мл.

Сочетанное применение декомпрессии брюшной полости с помощью лапаростомы, с восстанов-

лением лимфооттока из забрюшинного пространства, детоксикацией брюшной полости, брюшины и забрюшинной клетчатки позволило радикально снижать инфекционно-токсическую нагрузку на жизненно важные органы и системы организма больного, и обеспечило более эффективную детоксикацию циркулирующей крови с помощью гравитационных, фильтрационных и других методов, и преодоление полиорганной недостаточности. С целью насыщения крови кислородом применяли ГБО в количестве от четырех до десяти процедур. Для устранения всасывания токсического содержимого из желудочно-кишечного тракта применяли зондовое дренирование, раннее зондовое питание, орошение слизистой желудка охлажденными минеральными дегазированными растворами, энтеро- и перитонеосорбцию.

С целью прекращения аутоканибилизма в условиях гиперкатаболической реакции на вос-

паление применяли парентеральные инфузии растворов аминокислот, белков, солевых и кристаллоидных препаратов, согласно расчетной потребности организма. Активизировали больных применением систематического постурального дренажа, массажа тела и конечностей, легкой нагрузочной мышечной и дыхательной лечебной гимнастики.

Таким образом, комплексное сочетание указанных методов и технологий лечения было применено у 130 больных с перитонеальным сепсисом со сроками поступления в стационар от трех до семи суток от начала заболевания. Летальность в основной группе больных снизилась до 4,5 %, что в 3,6 раза меньше чем в группе сравнения, а число гнойно-деструктивных осложнений в 8 раз. Эрадикации возбудителя достигали в 100 % случаев в течение первого курса лечения.

КЕМЕРОВ С.В.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КАЛОВОМ ПЕРИТОНИТЕ, ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО НЕКРОЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛЕРИША

Развитие перитонита у больных с окклюзионными заболеваниями артерий зависит от срока, степени и распространенности ишемических изменений в кишечной стенке. В нашем клиническом наблюдении причиной ишемии сигмовидной кишки был атеросклероз аorto-подвздошного сегмента брюшной аорты (синдром Лериша) и ветвей нижней мезентериальной артерии, в частности, aa. sigmoideae. Исходом ишемии всегда является ишемический некроз кишки.

В связи с поздним поступлением больных с острым нарушением мезентериального кровообращения в стационар процент пробных лапаротомий составляет от 44 до 68, а летальность достигает 100 % (Панцырев Ю.М. и соавт., 1988).

Приводим клиническое наблюдение

Больной М., 62 года, поступил в клинику с жалобами на боли внизу живота, больше слева, в течение двух суток. Состояние больного средней тяжести, кожные покровы обычной окраски. Культы обоих бедер в верхней трети после хирургической ампутации по поводу атеросклероза артерий нижних конечностей. АД 130/90 мм рт. ст., пульс 98 ударов в минуту. Язык влажный. При поверхностной пальпации умеренные боли в нижних отделах живота. Симптомы раздражения

брюшины сомнительные. При глубокой пальпации — болезненность в левой подвздошной области. Живот симметричен, не вздут. Стул был двое суток назад, обычный. Температура в подмышечной области 37,6°C. Пять лет назад больному произведена аллопластика бифуркационно-го отдела аорты.

В общем анализе крови от 15.04.00 г.: гемоглобин — 135 г/л; эритроциты — $4,2 \times 10^{12}/л$; СОЭ — 25 мм/ч; лейкоциты — $12,2 \times 10^9/л$.

Предварительный диагноз: Хроническое нарушение кровообращения кишечника по ишемическому типу.

Состояние больного ухудшалось, нарастала интоксикация, на третьи сутки появились четкие симптомы раздражения брюшины. Выполненная ирригоскопия кишечника, патологии ободочной кишки не выявила. Учитывая нарастание катастрофы в брюшной полости, больному проведена предоперационная подготовка, и он взят в операционную. При ревизии органов брюшной полости выявлено общее каловое загрязнение брюшной полости, с примесью бария, сигмовидная кишка багрово-черного цвета, с кровоизлияниями и полным разрушением ее стенки, гнилостная предбрюшинная и забрюшинная флегмона брюшной стенки. Перфоративный дефект сигмовидной

кишки длиной 8 см был расположен на уровне прямокишечнопузырной складки, а гнилостно-некротические изменения захватывали нижнюю дистальную петлю (colon pelvicum), большую часть верхней проксимальной петли (colon iliacum) на протяжении 25 см, брыжейку вплоть до межсигмовидного углубления, париетальную брюшину, клетчатку левой подвздошной, лобковой областей и передней брюшной стенки.

Операция: срединная лапаротомия, санация брюшной полости, резекция некротизированного участка сигмовидной кишки длиной 25 см, наложение одноствольной сигмостомы, дренирование забрюшинной флегмоны и брюшной полости, проточно-аспирационное дренирование.

Послеоперационный диагноз: Распространенный перфоративный каловый перитонит в терминальной фазе пятисуточной давности, вследствие ишемического некроза сигмовидной кишки, осложненный гнилостной забрюшинной и предбрюшинной флегмоной брюшной стенки. Перитонеальный сепсис. *Сопутствующее заболевание:* Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, синдром Лериша, после несостоятельного протезирования бифуркационного отдела аорты. Культю обоих бедер в верхней трети.

Лечение: антибактериальная, инфузионная, антикоагулянтная, антиоксидантная терапия; па-

рентеральное питание; забрюшинная лимфотропная терапия, посредством ежедневных двухкратных болюсных подкожных инъекций в течение восьми суток; детоксикационные мероприятия: плазмаферез, УФО крови, форсированный диурез; общее ультрафиолетовое облучение, биологические стимуляторы; анаболические средства; лечебная гимнастика; перевязки, ежедневная психотерапевтическая поддержка. Послеоперационный период протекал тяжело. Гнилостная флегмона брюшины и предбрюшинной клетчатки распространилась на нижний угол послеоперационной раны передней брюшной стенки и подвздошные области с образованием дефекта передней брюшной стенки размерами 8 × 9 см.

Длительность лечения составила 8 недель. Больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Сигмостома функционировала нормально.

Это клиническое наблюдение интересно стертой первоначальной клинической картиной катастрофы в брюшной полости, что характерно для больных старшего и пожилого возраста.

Таким образом, лимфотропный способ лечения оказался состоятельным при каловом перитоните и перитонеальном сепсисе, а также позволил справиться с гнилостной флегмоной брюшной стенки, что свидетельствует о его высокой клинической эффективности.

КЕМЕРОВ С.В., ЖЕРЛОВ Г.К., СТЕПИН Д.А.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Основным этапом лечения гнойного перитонита остается качественная санация брюшной полости, устраняющая источник непрерывного поступления токсинов в кровоток, и уменьшающая эндоинтоксикацию. Для долговременной санации брюшной полости мы применяли лапаростомию. С целью устранения синдрома высокого внутрибрюшного давления мы разработали новую технологию пролонгированной декомпрессивной лапаростомии. Суть операции: после завершения основных этапов операции на расправленный большой сальник укладывали перфорированную полиэтиленовую пленку (временное протезирование париетальной брюшины в области лапаротомной раны), обработанную с обеих сторон стерильным вазелиновым маслом, которую заправляли под края лапаротомной раны. Вазелиновое масло препятствует прилипанию кишечных петель к полиэтиленовой

пленке, а при появлении перистальтических движений способствует свободному их перемещению. На полиэтиленовую пленку укладывали полиуретановую губку (временное протезирование дефекта передней брюшной стенки), смоченную антисептическим раствором. Поверх губки располагали провизорные швы, которые не затягивали, фиксируя сложившееся положение краев раны. На губку укладывали стерильные салфетки, смоченные также антисептическим раствором, оригинального состава собственной разработки (Патент РФ на изобретение № 2173961 от 27.09.01 г.). Для надежности фиксации повязок в области раны, больного «зашивали» в вафельное полотенце или простыню. Санации проводили через день в течение 5-6 суток (2-3 санации), после чего брюшную полость закрывали наглухо.

Клиническую эффективность антибактериальной терапии перитонита можно считать высокой,

если удастся предотвратить транслокацию кишечной микрофлоры в брюшную полость, забрюшинное пространство, порталный и системный кровотоки, а, стало быть, предотвратить сепсис и септический шок. Важным является также, быстрое восстановление состоятельности кишечной стенки, брюшины как биологического барьера и дренажно-детоксикационной функции лимфосистемы.

С целью повышения эффективности антибактериального воздействия на патологическую микрофлору и предотвращения ее транслокации, мы в эксперименте на собаках разработали технологию забрюшинной лимфотропной терапии. Критерием ее эффективности была выживаемость животных. В результате эксперимента установили, что лимфотропная терапия увеличивает выживаемость животных при перитоните в 3 раза ($P < 0,05$). Обнадёживающие результаты эксперимента позволили внедрить разработанную технологию в клиническую практику.

Введение лекарственного состава для лимфотропной терапии осуществляли болюсами каждые 12 часов вместе с санациями брюшной полости раствором идентичного состава. В схему лечебно-санирующей смеси включили препараты: канамицин сульфат (0,5 г), диоксидин (0,5 % раствор 10 мл), метронидазол (0,5 % раствор 100 мл), левомицетин сульфат натрия (0,5 г), новокаин (0,25 % раствор 100 мл), трисамин (3,66 % раствор 100 мл), гемодез (50 мл), гидрокортизон гемисукцинат (25 мг), гепарин (5000 ЕД). Объем лечебной смеси составлял 175 мл с каждой стороны или 2,5 мл/кг массы тела больного, которую вводили посредством чрескожной пункции забрюшинного пространства в подвздошных областях. Основным достоинством

новой технологии считаем эффективную санацию брюшной полости, забрюшинного пространства и путей лимфооттока за счет полифункциональной направленности лечебной смеси.

Больным выполняли общеклинические (анализы крови и мочи), биохимические (общий белок и его фракции, альбумин-глобулиновый коэффициент, креатинин, мочевины, билирубин), бактериологические (аэробная и анаэробная микрофлора перитонеального экссудата), иммунологические (Т- и В-лимфоциты, соотношение Тл-хелперов и супрессоров, ЦИКов), тромбоэластографию, инструментальные исследования. Определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Тяжесть и прогноз исхода перитонита оценивали по Маннгеймскому перитонеальному индексу (МИП), а также индексу АРАСНЕ II.

С применением декомпрессивной лапароскопии и лимфотропной терапии было пролечено 219 больных острым гнойным перитонитом.

ВЫВОДЫ:

1. Декомпрессивная лапароскопия способствует снижению летальности при гнойном перитоните за счет повышения эффективности санации брюшной полости и сокращения ее сроков. Летальные исходы у больных перитонитом составили: в токсической фазе — 2,5 %, а в терминальной — 4,5 %.
2. Лимфотропная терапия повышает антибактериальную эффективность лечения больных гнойным перитонитом в токсической и терминальной его фазах с 74,6 % до 96,7 % и снижает количество осложнений: с 48 % до 2,5 % и с 90,9 % до 11,2 %, соответственно.

КЕМЕРОВ С.В., СТЕПИН Д.А., КРУГЛОВ В.Г.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБЩЕГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Ошибки в лечении больных гнойным перитонитом становятся причиной еще более тяжелых вторичных осложнений и необоснованных летальных исходов.

Цель исследования - выявление основных типичных тактических и технических ошибок в лечении общего гнойного перитонита в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 200 больных общим гнойным пери-

тонитом в его токсической и терминальной фазах. Тяжесть состояния больных по индексу АРАСНЕ II составила $19,0 \pm 1,1$, по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) — $14,6 \pm 1,3$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех больных перитонитом имели место тяжелые патологические синдромы. Все врачебные ошибки мы разделили на две большие группы: технические и тактические в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах. Технические ошибки мы связывали с конкретными манипуляциями медперсонала (их исполне-

нием или неисполнением). Тактические ошибки связывали с неправильным выбором тактики и стратегии всех аспектов лечения больного на ближайшую и отдаленную перспективу.

Среди основных технических ошибок предоперационного периода оказались неадекватная или некачественная подготовка больного к операции, выражающаяся в плохой подготовке желудочно-кишечного тракта (100 %), что влекло угрозу развития регургитации, аспирационной пневмонии и осложненное послеоперационное течение заболевания. Технические ошибки операционного периода: некачественная санация брюшной полости (40 %), была причиной перитонеальных абсцессов и продолжающегося перитонита; погрешности в оперативной технике (30 %), влекли серьезные осложнения (кровотечение, повреждение органов) и требовали повторных оперативных вмешательств по их поводу или исправления ошибок первой операции; неадекватное или неправильное дренирование брюшной полости (20 %), недостаточная декомпрессия желудочно-кишечного тракта и брюшной полости (10 %), также становились угрозой развития гнойно-деструктивных осложнений со стороны брюшной полости. Технические ошибки послеоперационного периода: некачественный уход за больным, включая интенсивную терапию и послеоперационное лечение (100 %), способствовали удлинению сроков лечения и затягивали реабилитацию больного.

Основной тактической ошибкой предоперационного периода была неадекватная инфузионная подготовка больного к операции (100 %), выражающаяся некачественной подготовкой организма больного к оперативному вмешательству (не купированы патологические синдромы: гиповолемический, интоксикационный, ДВС крови; не проведена профилактическая антибиотикотерапия и др.), что утяжеляло операционную травму и создавало неблагоприятный фон для самой операции. Тактические ошибки операционного периода: неправильный выбор объема и вида оперативного вмешательства (90 %), ошибки в ведении общей анестезии (10 %) подвергали больного жизнеопасному риску, что не оправдывало избранную тактику. Тактические ошибки послеоперационного периода: неадекватное послеоперационное лечение больного, выражались в нестойкой антибиотикотерапии и неадекватной коррекции патологических синдромов (100 %), способствовали развитию осложнений и других сопутствующих синдромов, чем ухудшали результаты и исходы лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Знание технических и тактических ошибок дает понимание их роли в патогенезе осложнений, причинах летальных исходов и способствует своевременной и целенаправленной их профилактике.

КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., БАТРАКОВ А.М., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С.,
ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 29» — МСЧ ОАО «ЗСМК»,
г. Новокузнецк

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель исследования — оценить частоту осложнений нереконструктивных операций у больных с поражением дистального артериального русла и критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 220 человек с КИНК, из них 185 мужчин (84,1 %) и 35 женщин (15,9 %). Возраст больных варьировал от 26 до 81 года (средний 58,3). Этиологическим фактором заболевания в 88,6 % случаев был атеросклероз, а у 11,4 % больных — облитерирующий тромбангиит. Среди сопутствующих заболеваний у пациентов выявлены: ИБС — у 86,4 %, гипертоническая болезнь — у 84,1 %, церебровас-

кулярная болезнь — у 63,2 %, заболевания бронхолегочной системы — у 58,2 %, заболевания желудочно-кишечного тракта — у 26,8 %, сахарный диабет — в 14,5 % случаев.

Пациенты обследованы с использованием рентгеноконтрастной ангиографии, цветного дуплексного сканирования, ультразвуковой доплерографии и реовазографии. Микроциркуляция исследовалась методами лазерной доплеровской флоуметрии и измерением транскутанного напряжения кислорода в тканях конечности. По данным обследования подтверждено наличие КИНК, а также окклюзирующего поражения артерий подколенно-берцовой зоны, в связи с чем не представлялось возможным выполнить реконструктивно-восстановительную операцию.

Все больные были разделены на три группы.

В I группу включены больные (87 человек), которым выполнена изолированно поясничная симпатэктомия. II группу составили 52 пациента, которым проведена реваскуляризирующая остеотрепанация на нижней конечности. В III группе — 81 пациенту выполнена поясничная симпатэктомия с одновременной реваскуляризирующей остеотрепанацией. Проведена оценка случаев местных и системных осложнений в группах, а также летальность в ближайший (30-дневный) период.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Местных осложнений в I группе не выявлено. Во II группе имели место некроз краев послеоперационных ран на голени у 4 больных (7,7 %) с развитием в 2 случаях (3,8 %) остеомиелита большеберцовой кости. В III группе в 3-х случаях (3,7 %) нагноение послеоперационной раны живота в пределах подкожной клетчатки, у одного больного (1,9 %) закрытый перелом бедренной

кости по линии между остеоперфорациями через 40 дней после операции.

В ближайшем периоде после операции в I группе у 2 больных (2,3 %) произошел инфаркт миокарда, у одного больного (1,1 %) — инсульт, у 3 пациентов (3,4 %) — нижнедолевая пневмония. Во II группе системных осложнений не было. В III группе зафиксированы: у одного больного (1,2 %) инфаркт миокарда, у 3 пациентов (3,7 %) — инсульт и по одному случаю (1,2 %) — пневмонии, динамической кишечной непроходимости и артериального тромбоза на стороне операции. В ближайшем периоде летальность составила: в I группе — 1,1 %, в III — 2,5 %. В двух случаях причиной смерти был инфаркт миокарда, в одном — инсульт, что обусловлено генерализованным характером поражения артерий.

Таким образом, низкий процент осложнений позволяет использовать методы непрямой реваскуляризации конечности у пациентов с тяжелой хронической ишемией, поражением артерий дистального русла, в случаях, когда невозможно выполнить реконструктивную операцию.

КОНОВАЛОВ А.А., БАРАНОВ А.И., АЛЕКСЕЕВ А.М.,
ВАЛУЙСКИХ Ю.В., АКСЕНЕНКО А.В.

МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

В настоящее время острый аппендицит представлен одним из самых распространенных заболеваний в ургентной хирургии. Однако при низком проценте летальности не уменьшающееся число различных послеоперационных осложнений при данной патологии составляет 5-8 %, причем преимущественно за счет гнойных осложнений, как внутрибрюшных, так и за счет нагноения послеоперационных ран.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для анализа использован клинический материал экстренного хирургического отделения МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка за январь-сентябрь 20-08 г. Аппендэктомия выполнена 176 пациентам в возрасте от 16 до 75 лет, среди них 91 мужчина (51,7 %) и 85 женщин (48,2 %).

Все пациенты разделены на 4 группы по способу операции:

- 1 группа — лапароскопическая аппендэктомия (120 больных);

- 2 группа — видеоассистированная аппендэктомия (5);
- 3 группа — переход от лапароскопической к традиционной аппендэктомии (31);
- 4 группа — традиционная аппендэктомия (20).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 107 лапароскопических аппендэктомий в 69 операциях (64,3 %) использована монополярная коагуляция; в 31 (28,6 %) — биполярная; в 4 (4,4 %) — комбинация этих способов, так как после биполярной обработки сохранялось пролабирование слизистой культи отростка; в 2-х (1,8 %) — погружение культи в кисетный и Z-шов, что связано с наличием изменений в куполе слепой кишки, либо его травматизацией в ходе операции и в 1 (0,9 %) — клипирование.

В группе 1 при морфологическом исследовании в 107 наблюдениях (89,1 %) установлен флегмонозный аппендицит, в 10 (8,3 %) — гангрен-

нозный, — в 2 (1,7 %) — катаральный, в 1 (0,9 %) — гнойный дивертикулит. В 3-х случаях выявлен карциноид червеобразного отростка в сочетании с флегмонозной формой. Количество перфоративных форм составило 3 (2,5 %).

Осложнения в послеоперационном периоде развились у 6 больных (5 %): послеоперационный парез кишечника, регрессирующий перитонит — 3; абсцесс брюшной полости — в 1 случае с формированием слепокишечного свища (флегмонозная форма); гематома правой подвздошной области с абсцедированием — 1; несостоятельность культи отростка вследствие прорезывания лигатуры — 1.

Все лапароскопические операции записываются в DVD-формате, благодаря чему ретроспективный анализ показал, что вероятней причиной послеоперационных осложнений в первых 3-х случаях являлась недостаточно тщательная санация брюшной полости, в последующем нарушена техника обработки культи червеобразного отростка, далее имел место неудовлетворительный гемостаз, а в последней ситуации недостаточно оценены изменения культи червеобразного отростка.

Учитывая осложнения, связанные с обработкой культи отростка, произведен ретроспективный сравнительный анализ наиболее часто используемых способов обработки культи: биполярной и монополярной коагуляции, а также комбинированным способом.

При монополярной обработке — 5 осложнений в послеоперационном периоде, при биполярной обработке осложнения — 1. В 3-х других группах осложнений не зафиксировано. Таким образом, по числу послеоперационных осложнений при различных обработках культи, учитывая частоту их использования и качественный ретроспективный предполагаемый характер осложнений, достоверной разницы не выявлено.

В группе 2, включающей в себя 5 наблюдений видеоассистированных аппендэктомий, выявлено 1 послеоперационное осложнение в виде нагноения послеоперационной раны.

В группе 3 (конверсии) в 31 случае выполнен переход к традиционному хирургическому лечению. В этой группе зафиксировано 4 осложнения: 3 — нагноения послеоперационной раны, 1 — формирование слепокишечного свища.

В группе 4 первоначального традиционного хирургического лечения выполнено 20 аппендэктомий: 16 из традиционного лапаротомного доступа и 4 из срединного. В этой группе пациентов осложнения были у одного пациента.

С целью профилактики послеоперационных осложнений обязательным является антибиотикопрофилактика и проведение антибиотикотерапии по показаниям с периоперационным первичным введением антибиотиков. Одним из возможных подходов к профилактике ранних послеоперационных осложнений является проведение локорегиональной цитокинотерапии.

Проведение локорегиональной цитокинотерапии предусматривает введение в раннем послеоперационном периоде в правую подвздошную ямку супернатанта, состоящего из лейкоцитов с инкубированными на них интерлейкином — 2. 6 больным (в 5 наблюдениях — гангренозный и в 1 — гангренозно-перфоративный) проведена локорегиональная цитокинотерапия. Специфических осложнений не выявлено. В этой группе пациентов осложнений не было.

ВЫВОДЫ:

1. Лапароскопическая аппендэктомия может быть операцией выбора при остром аппендиците.
2. Способ обработки культи червеобразного отростка не влияет на число послеоперационных осложнений.
3. Обязательным является проведение антибиотикопрофилактики и рациональной антибиотикотерапии.
4. Первый опыт проведения локорегиональной цитокинотерапии при остром деструктивном аппендиците показал хорошие результаты при отсутствии специфических осложнений.

КОШЕЛЬ А.П., БАРАНОВ А.И., КРУГЛОВ В.Г., МЕДВЕДЕВ А.С.

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,

ФГУЗ КБ-81 ФМБА России,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

Кафедра хирургии, урологии, эндоскопии и оперативной хирургии,

г. Новокузнецк,

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) является одной из сложных и окончательно не решенных проблем хирургии. Не-

смотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия в консервативном и оперативном лечении больных ОДП, летальность еще

очень высока и составляет, по данным разных авторов, от 5 до 10 % [Савельев В.С. с соавт. 2008; Филин В.И., Костюченко А.П., 2000; Curley P., 1996].

Проблема тяжелого острого деструктивного панкреатита не решается ранним оперативным лечением, как при других заболеваниях группы «острого живота». «Ранние токсемические» и «поздние септические» осложнения деструктивного панкреатита по-прежнему остаются основной причиной смерти у этой наиболее тяжелой категории больных.

В последнее время определенная роль в симптоматике эндотоксикоза и генезе ПОН при панкреонекрозе приписывается провоспалительным цитокинам IL-1 α , TNF- α , IL-6, IL-18 и др., пул которых освобождается из клеток-эффекторов и вызывает повреждение жизненно важных органов — «multiple organ failure» (A.C. DeBeaux, 1996; W. Denham, 1997, J. Norman, 1997; et al.). Результатом первичного повреждения иммунного ответа у пациентов с ДП является развитие «иммунного паралича» за счет несостоятельности как неспецифического, так и клеточного и гуморального (в меньшей степени) звеньев иммунитета с нарушением противоинфекционной защиты, а также с массивной аутоагрессией иммунной системы против собственных поврежденных тканей и клеток-иммуноцитов ставшими (в этой ситуации) мощными антигенами. Эти иммунопатологические нарушения усугубляются цитокин-опосредованным повреждением систем жизнеобеспечения организма (легких, миокарда, печени, почек, кишечника).

Рано развивающийся вторичный иммунодефицит является «благоприятным» фоном для развития гнойных осложнений заболевания и сепсиса, доля которых в танатогенезе от ОДП достигает 60-70 % [Толстой А.Д., Попович А.М., 2003].

В нашей клинической больнице выработана следующая тактика лечения ОДП:

- 1) в течение 24 часов с момента поступления, проводится лечебно-диагностическая лапароскопия, включающая, диагностический этап, санацию и дренирование брюшной полости, затем наложение микрохолецистостомы и канюлирование круглой связки печени для применения метода локорегиональной иммунотерапии, в основе которой лежит провоспалительная цитокинотерапия.
- 2) базисная и специализированная консервативная терапия (установка назогастрального

зонда для декомпрессии, нормализация кровотока в мезентерико-портальном бассейне посредством рациональной инфузионной терапии, энтеральное питание, максимально раннее продленное эпидуральное введения местных анестетиков, антибактериальная терапия, антисекреторная терапия, ингибирование биологически активных веществ за счет введения ингибиторов протеаз, антигистаминных препаратов, спазмолитическая терапия, антикоагулянтная, превентивная противоязвенная терапия, антиоксиданты и нутритивная поддержка парэнтеальное и энтеральное зондовое питание.

В послеоперационном периоде больные получали лечение в отделении реанимации, где проводилось специализированное лечение.

На этом фоне, в течение 3-5 суток ежедневно, в установленный в круглой связке печени катетер вводили супернатант плазмы с ронколейкином. (получена приоритетная справка № 2008113565).

Эффективность данного комплекса лечения оценивали по общеклиническим и параклиническим показателям.

Так, на следующие сутки наступало купирование болевого синдрома. Гемодинамические нарушения стабилизировались на 2-3-и сутки у 87,1 % больных. К исходу 5-х суток регрессировали явления полиорганных дисфункций — легочно-рестриктивные, отмечено восстановление перистальтики кишечника, регрессировал гепато-ренальный синдром. На 6-7-е сутки отмечено восстановление популяции лимфоцитов — абсолютное число лимфоцитов составляло от 1230 до 4197 в мм³.

В эти же сроки отмечалось значительное снижение ЛИИ — от 0,23 до 2,74.

У 85,1 % больных удалось достичь асептического течения заболевания. У 14,9 % на 2-3-й неделе заболевание осложнилось инфицированием некрозов в виде абсцессов сальниковой сумки. Летальность за 2007 год составила 8,7 %.

Таким образом, проведение своевременной и адекватной иммуноориентированной терапии, направленной на более раннее разрешение иммунодефицита у больных с деструктивными формами панкреатита, на фоне специализированной консервативной терапии позволит значительно улучшить результаты лечения тяжелого деструктивного панкреатита и успешно проводить профилактику угрожающих жизни гнойных осложнений заболевания.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА БОЛЬНЫМ СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Острые скопления жидкости и острые постнекротические кисты являются наиболее частым осложнением стерильного панкреонекроза. Цифры летальности при этом заболевании остаются на неизменно высоком уровне, по данным различных авторов составляют от 12 до 80 %.

Целью нашей работы явилось улучшение результатов лечения больных стерильным панкреонекрозом, осложненным формированием острой постнекротической кисты в проекции сальниковой сумки. В настоящее время, по данным литературы, при осложнении панкреонекроза применяются различные методики дренирования кист, от применения внутреннего дренирования, до выполнения лапаротомных дренирующих вмешательств.

В течение 2007-2008 гг. больным со стерильным панкреонекрозом, осложненным острыми постнекротическими кистами поджелудочной железы применен усовершенствованный лечебный алгоритм, заключающийся в применении дренирующего метода под УЗИ контролем на 1 этапе лечения данной категории больных.

Показаниями к его применению явились острые постнекротические кисты поджелудочной железы размерами от 10 см и более, в одном из измерений, при отсутствии секвестров в их полости.

Дренирование под контролем УЗИ выполнено 45 больным. Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было. В одном случае произошло отхождение дренажа, осложнение купировано повторным дренированием.

Примененный способ лечения больных стерильными острыми постнекротическими кистами поджелудочной железы позволил уменьшить продолжительность госпитализации в 1,8 раза, избежать выполнения лапаротомных вмешательств в данной группе.

Таким образом, дифференцированное применение малотравматичных вмешательств при стерильном панкреонекрозе позволяет улучшить результаты лечения больных путем снижения процента специфических осложнений и летальности, количества «открытых» вмешательств, сроков госпитализации.

КРИВОШАПКИН А.Л., ДУЙШОБАЕВ Ф.Р., АНИЩЕНКО В.В., МЕЛИДИ Е.Г.
Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ И ТРАДИЦИОННОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Поясничная симпатэктомия остается в настоящее время наиболее эффективным методом хирургического лечения больных с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей. Положительное влияние поясничной симпатэктомии в комплексном лечении больных с хроническим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей обусловлено повышением скорости кровотока вследствие снижения тонуса периферических сосудов, стимуляцией коллатерального кровообращения

улучшением биохимических процессов в ишемизированных тканях. Однако, возникают трудности оказания хирургической помощи, в связи с выставлением противопоказаний у лиц среднего и пожилого возраста с выраженными сопутствующими патологиями. Операционный доступ при поясничной симпатэктомии традиционным, открытым методом является довольно травматичным, хотя объем операции ограничивается манипуляциями на пограничном симпатическом стволе. Основной контингент больных с хроническим облитериру-



ющим атеросклерозом артерий нижних конечностей составляют лица старше 50 лет, у которых имеются хронические соматические заболевания, что в некоторых случаях может служить противопоказанием к проведению операции поясничной симпатэктомии. Травматичность оперативного доступа при поясничной симпатэктомии, наличие сопутствующей патологии, пожилой возраст больных — все эти факторы ограничивают круг оказания помощи пациентам с хроническим облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

С развитием малотравматичной хирургии, в последние годы, ведется активная разработка дополнительных методов поясничной симпатэктомии с использованием оборудования для малоинвазивных вмешательств. Данные технологии позволяют проводить хирургические манипуляции на пограничном поясничном симпатическом стволе с минимальной травматичностью по отношению к анатомическим тканям в процессе доступа, но и на самом симпатическом стволе. Учитывая паллиативный характер хирургических методов лечения хронической ишемии нижних конечностей, сопутствующую патологию у больных атеросклеротической болезнью, оправданно стремление снизить травматичность хирургических манипуляций.

При использовании РЧТД, как малотравматичного метода десимпатизации, значительно расширяется круг оказания хирургической помощи больным, особенно лицам пожилого и старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией.

Цель исследования — обосновать эффективность радиочастотной термодеструкции пограничного симпатического ганглия на уровне L2-L3-L4 при лечении облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе анализируются результаты обследования и лечения 60 больного с различными стадиями облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей с 2002 по 2007 гг. Среди наблюдавшихся пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей было 43 мужчины (71,7 %) и 17 женщина (28,3 %) в возрасте от 27 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил $69,3 \pm 10,9$ лет.

Основную часть пациентов составили мужчины среднего (28,7 %) и пожилого возраста (28,7 %). Полученные данные сравнивались с такими же параметрами в группе больных, перенесших традиционную поясничную симпатэктомию.

Радиочастотная термодеструкция (РЧТД) нами осуществлялась с использованием радиочастотного генератора RFG 3C с набором электродов и канюль Racz-Fich (RFK). Под динамиче-

ским рентген-контролем (передне-задняя, косая с углом 25-15°, боковая проекция) и под местной анестезией 2 % раствора лидокаина гидрохлорида по 2,0 на каждый уровень через паравертебральную область на 8 см латерально от средней линии (точка вкола — проекция реберного угла) проводился стилет по ходу рентгеновского луча (так называемая туннельная визуализация) до передне-боковой поверхности тел L₂, L₃, L₄ позвонков в зависимости от стороны поражения (справа или слева) соответственно.

Мандрен заменялся на радиочастотный термодипольный электрод типа «RFK» с активным 5-мм кончиком, который устанавливался в передне-боковой поверхности тела L₃ позвонка (анатомическая локализация поясничного симпатического узла). Дополнительно вводилось 0,5 мл контрастного вещества «Ультравист-300» на 2 % растворе лидокаина 2,0 мл для исключения интрадурального или интравазального расположения электрода, которое прослеживается затем на электронно-оптическом преобразователе.

На уровне L₂-L₃ позвонков проводилась электростимуляция 50 Гц, 0,53 мВ в течение 1 мсек, при этом пациент отмечал глубокую боль в спине (на стороне поражения справа или слева), при моторной стимуляции 2 Гц, 2,48 мВ не должно быть сокращения мускулатуры конечности (физиологическая локализация электрода). Проводились, как правило, два сеанса радиочастотной деструкции с использованием острого загнутого термоэлектрода типа «RFK-C10ND-S» при температуре 80°C длительностью каждой сессии до 90 секунд соответственно в радиусе активной точки ± 5 мм. На уровне L₄ позвонка проводилась электростимуляция в 50 Гц, 0,30 мВ в течение 1 мсек, пациент отмечал глубокую боль в спине (на стороне поражения справа или слева), при моторной стимуляции 2 Гц, 2,28 мВ не должно быть сокращения мускулатуры левой ноги (физиологическая локализация электрода). У больных, после РЧТД поясничного симпатического ганглия, статистически достоверно увеличилось расстояние безболевой ходьбы (табл. 1).

У больных с III-IV степенью хронической ишемии нижних конечностей, после РЧТД поясничного симпатического ганглия, интенсивность боли по ВАШ в покое в пораженной конечности снизилась (табл. 2).

С целью объективизации оценки нарушения гемодинамики в нижних конечностях и эффективности выполненной десимпатизации, мы ориентировались на скоростные характеристики кровотока, которая определялась по данным ультразвукового дуплексного сканирования ЗББА (табл. 3).

В связи с дальнейшим прогрессированием ишемии нижних конечностей, нами были повторно прооперированы 18 пациентов (30 %).



Таблица 1

Динамика изменений средних значений дистанции без болевой ходьбы у пациентов основной группы

Степень хронической ишемии по Fontaine-Покровскому (пациенты)	Дистанция безболевой ходьбы (м)	
	До операции (M ± SD)	После операции* (M ± SD)
II A (4)	255 ± 24,8	455 ± 26,4
II Б (7)	110 ± 10,8	217 ± 18,2

Примечание: * – обозначены величины, достоверно отличающиеся от показателей при поступлении ($p < 0,001$).

Таблица 2

Динамика изменений средних значений боли по ВАШ у пациентов основной группы

Степень хронической ишемии по Fontaine-Покровскому (пациенты)	Визуально-аналоговая шкала боли (баллы)	
	До операции (M ± SD)	После операции* (M ± SD)
III (37)	7,3 ± 0,7	5,7 ± 0,5
IV (12)	9,2 ± 0,7	7,2 ± 0,7

Примечание: * – обозначены величины, достоверно отличающиеся от показателей при поступлении ($p < 0,001$).

Таблица 3

Динамика изменений средних значений линейной скорости кровотока по степени хронической ишемии у пациентов основной группы

Степень хронической ишемии по Fontaine-Покровскому	Основная группа (n = 60)	Линейная скорость кровотока по задней большеберцовой артерии (м/с)	
		До операции (M ± SD)	После операции* (M ± SD)
II A	4	0,41 ± 0,12	0,66 ± 0,22
II Б	7	0,19 ± 0,04	0,28 ± 0,04
III	37	0,17 ± 0,04	0,23 ± 0,04
IV	12	0,09 ± 0,01	0,12 ± 0,01

Примечание: * – обозначены величины, достоверно отличающиеся от показателей при поступлении ($p < 0,001$).

Данные дуплексного сканирования по задней большеберцовой артерий у больных после перенесенной как при РЧТД, так и после открытой поясничной симпатэктомии, указали на увеличение линейной скорости кровотока в сочетании со снижением периферического сопротивления по ЗББА. Показатели линейной скорости кровотока была различной в зависимости от степени хронической ишемии при облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей. Проведенный анализ показывает, что более благоприятные результаты лечения были получены у больных, оперированных при II A и II Б степенях заболевания, у которых компенсаторные возможности периферического кровообращения были сохранены. При II A степени заболевания ЛСК в основной группе увеличилась на 26,2 %, а в контрольной группе – на 23,6 %; II Б степени в основной группе увеличилась на 23,1 %, а в контрольной группе – на 21,6 %. У больных III степени ишемии нижних конечностей отмечено незначительное улучшение кровотока: в основной группе – на 16,7 % в контрольной группе – на 14,6 %. При IV степени

ишемии нижних конечностей гемодинамически значимых улучшений ЛСК не отмечено.

При РЧТД симпатического ганглия на уровне L₂-L₃-L₄ на пораженной стороне достигается сокращение времени на выполнение оперативного вмешательства и объема анестезиологического пособия. Длительность оперативного вмешательства при РЧТД составила в среднем 35,8 ± 5,6 минут.

ВЫВОДЫ:

Метод РЧТД является эффективным, малоинвазивным, безопасным способом лечения больных с хроническими облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

К преимуществам данного метода следует отнести его малую травматичность, выполнение под местной анестезией, короткий восстановительный послеоперационный период, низкий риск развития послеоперационных осложнений, возможность повторения сеансов РЧТД. Выше перечисленные достоинства данного метода подчеркивает его особую ценность в лечении пожилых и соматически отягощенных пациентов.

МЕДИАСТИНИТ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Ранняя диагностика и своевременное оперативное вмешательство — решающие факторы прогноза заболевания у пациентов с острым медиастинитом. Если адекватное лечение начинается в первые часы, летальность при медиастините составляет 12-24 %, при более чем суточной давности медиастинита она возрастает до 50 %.

Цель исследования — изучить эффективность диагностики медиастинита лучевыми и эндоскопическими методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 157 больных. Все включенные в исследование пациенты были оперированы.

Первичный медиастинит имел место у 73 пациентов (в ранние сроки от начала заболевания госпитализировано 34). У 68 пациентов имелись перфорации грудного отдела пищевода и у 5 — несостоятельность внутригрудных анастомозов. С вторичным медиастинитом госпитализировано 84 человека, (в ранние сроки 5 больных). В эту группу больных вошли 28 пациентов с перфорациями пищевода на шее и 56 пациентов с одонто- или тонзиллогенными флегмонами шеи, осложнившимися развитием медиастинита.

Всем больным выполнялась рентгенография грудной клетки, а при подозрении на перфорацию пищевода — его рентгенконтрастное исследование. С 2001 года ряду больных выполнялась компьютерная томография и торакоскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявляло такие признаки медиастинита как расширение тени средостения, пневмомедиастинум, наличие пневмогидроторакса. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Рентгенконтрастное исследование пищевода выявляло затек контраста за пределы контура пищевода. Оценивали локализацию, размеры затека, его связь с плевральными полостями. Результаты представлены в таблице 2.

Восьми пациентам с негативными результатами рентгенографии выполнено КТ исследование, а 6 пациентам — торакоскопия, выявившие наличие медиастинита и позволившие уточнить распространенность поражения средостения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Рентгенологическое исследование — эффективный метод диагностики первичного медиастинита (85 %). При вторичном медиастините рентгеноположительных результатов значительно меньше (48,8%), что во многом объясняет позднюю диагностику заболевания.

Рентгенконтрастное исследование при перфорации пищевода более информативный метод, однако, его эффективность не превышает 90 %. Кроме того, в 30-35 % случаев при позитивном результате рентгенодиагностики имелись неточности в оценке распространенности процесса, что приводило к ошибкам в выборе способа медиастинотомии. Компьютерная томография

Таблица 1

Информативность рентгенографии органов грудной клетки в диагностике медиастинита

Давность заболевания	Первичный (N = 73)	Вторичный (N = 84)	Всего (N = 157)
До 24 часов	27 (79,5 %)	5 (100 %)	32 (82 %)
Более 24 часов	35 (90,1 %)	36 (45,6 %)	71 (60,1 %)
Всего	62 (84,9 %)	41 (48,8 %)	103 (65,6 %)

Таблица 2

Информативность рентгенконтрастного исследования пищевода

Давность заболевания	Первичный (N = 73)	Вторичный (N = 28)	Всего (N = 101)
До 24 часов	34 (100 %)	2 (100 %)	36 (100 %)
Более 24 часов	32 (82 %)	23 (88,4 %)	55 (84,6 %)
Всего	66 (90 %)	25 (89,3 %)	91 (90 %)

средостения и торакоскопия эффективно диагностировали медиастинит и его распространенность, а при торакокопии удавалось оценить характер поражения и наличие отграничения процесса.

ВЫВОДЫ:

Значительное число ложноотрицательных результатов рентгенологического исследования

средостения, особенно в первые часы заболевания, не позволяет рассматривать его в качестве адекватного метода диагностики медиастинита и темпа его развития. Применение динамической компьютерной томографии и торакокопии, обеспечивающих раннюю диагностику и точную оценку характера и распространенности воспалительного процесса, позволяет выбрать оптимальную тактику лечения.

ЛИШОВ Е.В., ЦИГЕЛЬНИК А.М., ШАПКИН А.А., ОСТАПЕНКО Г.О., КОСТЮКОВА Н.В.
*ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

МЕДИАСТИНИТ: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Широкое раскрытие и адекватное дренирование средостения — один из основных принципов хирургического лечения медиастинита. В литературе представлены различные мнения относительно показаний к ушиванию, выключению из пассажа и удалению пищевода в случаях повреждения, подходов к дренированию средостения.

Цель исследования — изучить эффективность и недостатки основных хирургических вмешательств, применяемых при медиастините.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 152 больных. Первичный медиастинит вследствие перфорации грудного отдела пищевода имел место у 68 пациентов. С вторичным медиастинитом госпитализировано 84 человека. У 28 больных причиной медиастинита явилась перфорация пищевода на шее, а у 56 — одонто- или тонзиллогенные флегмоны шеи.

При первичном медиастините 12 больным выполнена абдоминоцервикальная резекция пищевода (АЦР). АЦР выполняли при следующих условиях: отсутствие перспектив использования пищевода в функции пищевода, исключение сепсиса (абсцесс в проекции перфорации). Давность перфорации на показания к АЦР не влияла. Ушивание перфорации пищевода с дренированием средостения выполнено 40 пациентам, в том числе в ранние сроки после начала заболевания (<24 часов) 24 больным, в поздние сроки (>24 часов) — 16 больным. Ушивание перфорации пищевода не проводилось 16 больным при больших сроках после перфорации. Во всех случаях пациентам с поздними сроками перфорации накладывали шейную эзофагостому и гастростому для питания. При перфорации нижнегруд-

ного отдела пищевода выводили еюностому для питания и гастростому для декомпрессии желудка с целью предотвращения рефлюкса желудочного содержимого в пищевод и средостение. Во всех случаях вмешательства заканчивали дренированием средостения.

При вторичном медиастините чресшейное раскрытие средостения выполнили 56 пациентам, у 8 из которых оно было дополнено трансиатальным дренированием. Трансторакальная медиастинотомия в качестве первого вмешательства выполнена 28 больным. Она всегда выполнялась при наличии эмпиемы плевры.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При первичном медиастините абдоминоцервикальная резекция пищевода, выполненная при соблюдении изложенных выше условий, привела к купированию процесса и выздоровлению 8 пациентов (66,6 %). Ушивание пищевода в ранние сроки было эффективно у 18 больных (75 %), в том числе у всех 4 пациентов со стриктурами пищевода, у которых перфорация возникла в ходе бужирования. Летальность при этом методе лечения составила 16,6 %. Шов пищевода при сроках перфорации, превышающих 24 часа, был несостоятелен в 14 наблюдениях (87,5 %). Однако у 10 пациентов, при условии адекватного дренирования, к моменту несостоятельности наступило отграничение процесса в средостении, что позволило избежать летального исхода у 9 больных (64,8 %). В группе больных, которым шов пищевода не накладывали, летальность была значительно выше и достигала 68,7 %.

При вторичном медиастините чресшейное дренирование средостения не позволило купировать процесс у 32 больных (67 %), которым в дальнейшем потребовались трансиатальные или

трансторакальные вмешательства. Трансхиатальное дренирование привело к формированию гнойников брюшной полости у 3 пациентов (37,5 %). Трансторакальное дренирование средостения не позволило остановить прогрессирование медиастинита у 29 % больных, еще у 43 % сформировались остаточные гнойные полости заднего средостения, потребовавшие вскрытия дорзальными внеплевральными доступами по Насилову. В целом летальность при вторичном медиастините составила 36,9 %.

ОБСУЖДЕНИЕ

Шов пищевода был наиболее эффективен в ранние сроки после перфорации и в этом случае позволял предотвратить развитие медиастинита. В более поздние сроки ушивание дефекта стенки пищевода почти всегда сопровождалось несостоятельностью, однако, при условии адекватного дренирования, в большинстве случаев позволяло добиться отграничения процесса.

Чресшейное раскрытие средостения не позволяло осуществить адекватную интраоперационную оценку распространенности процесса и эффективное дренирование в условиях флегмоны шеи, что приводило к прогрессированию медиастинита. Трансхиатальное дренирование средостения часто вело к распространению гнойного

процесса на верхний этаж брюшной полости. Торакотомия позволяла выполнить медиастиномию более радикально. Существенным недостатком данного метода явилось формирование значительного числа остаточных полостей средостения. Доступ Насилова обеспечивал адекватный дренаж заднего средостения в этих случаях. Летальности, обусловленной самим способом вмешательства, отмечено не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В лечении первичного медиастинита, обусловленного перфорацией грудного отдела пищевода, обязательным условием считаем шов пищевода, дополненный при необходимости шейной эзофагостомой и декомпрессией желудка.

Чресшейный подход к дренированию средостения при вторичном медиастините применим при точной дооперационной диагностике распространенности поражения средостения и возможности адекватного дренирования. Доступ Насилова — эффективный и безопасный способ дренирования средостения при формировании отграниченных гнойных полостей. АЦР рубцовоизмененного перфорированного пищевода радикально устраняет источник медиастинита и является методом выбора у соматически крепких больных.

МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ОПЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Синдром Меллори-Вейсса (СМВ) составляет, по данным разных авторов, 6,5-7,3 % от всех кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Несмотря на успехи в диагностике и лечении СМВ, летальность при этой патологии остается на протяжении ряда лет постоянной и колеблется от 5 % до 10 %. По литературным данным последних лет число рецидивных кровотечений у больных с СМВ колеблется от 0 до 35 %. Доказано, что эндоскопические вмешательства являются методом выбора при этом заболевании, позволяя снизить количество неотложно оперируемых больных до 0,4 %.

Целью нашей работы было определить оперативную активность и летальность при данном заболевании в условиях круглосуточной эндоскопической помощи и эндоскопическом мониторинге, оценить эффективность эндоскопического гемостаза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализированы истории болезни 308 пациентов, поступавших с клиникой желудочно-кишечного кровотечения и СМВ с 2000 по 2007 гг. Всем пациентам при поступлении была проведена ФГДС в экстренном порядке (с последующим контрольным исследованием через 6-8 часов), проводился комбинированный гемостаз при активном кровотечении, F2ав и превентивный гемостаз при F2с и F3. Была оценена традиционная и эндоскопическая оперативная активность при синдроме Меллори-Вейсса, а также летальность при данном заболевании.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперативная активность при СМВ с 2000 по 2007 гг. составила 40 %, причем только 4 % были прооперированы традиционным путем. В 36 % случаев проводился эндоскопический гемостаз:

инфильтрация растворов, клипирование, коагуляция, комбинированный гемостаз. 60 % пациентов оперированы не были. Проводился только превентивный гемостаз (орошением спиртом 96°, нитратом серебра 10 %). Наибольшая оперативная активность традиционным путем выявлена в 2000 году (6 %). В 2001 и 2005 гг. она составила 2 % и 3 %, соответственно. Частота проведения эндоскопического гемостаза по годам была примерно одинакова в 2001, 2002, 2004, 2006 гг., и составила 35-46 %. Наименьшая оперативная эндоскопическая активность выявлена в 2003 г. (17 %), а наибольшая — в 2006 г. (78 %), при этом процент всех больных с СМВ в эти годы от всех желудочно-кишечных кровотечений составил 14,7 % и 9,7 %, соответственно.

Летальность при СМВ за семь лет у оперированных больных была в 1,5 раза выше, чем у

неоперированных (2,9 % и 1,9 %, соответственно) и связана с рецидивами кровотечений, выполнением традиционных (открытых) операций и неэффективностью эндоскопического гемостаза. Летальные исходы у оперированных больных за семь лет выявлены у двух пациентов (2005 и 2007 гг.). Наименьший процент летальности у больных с СМВ выявлен в 2001 г. — 2,2 %, наибольший — в 2006 г. (3,7 %).

ВЫВОДЫ:

1. Круглосуточная доступность и использование эндоскопических методов гемостаза позволяют существенно снизить традиционную оперативную активность.
2. Выявленная летальность при активном применении эндоскопического гемостаза у больных с СМВ ниже литературных данных.

МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г.
МЛПУ Городская клиническая больница № 29,
г. Новокузнецк

ЧАСТОТА ЭРОЗИВНОГО РЕФЛЮКС- ЭЗОФАГИТА В СТРУКТУРЕ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

В настоящее время проблема гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) остается актуальной. Это связано с отчетливой тенденцией к возрастанию частоты ГЭРБ во всех странах мира, а в последние годы рефлюксная болезнь занимает первое место по частоте среди всех заболеваний ЖКТ. Распространенность ГЭРБ в России среди взрослого населения составляет 40-60 %, и у 45-80 % из них обнаруживается эзофагит. ГЭРБ с эрозивным эзофагитом составляет по современным представлениям 30-40 % от всех больных с ГЭРБ. Эта форма заболевания формирует группы риска по кровотечениям, возникновению пищевода Баррета, пептических стриктур и раку пищевода.

Целью нашей работы было определить частоту эрозивного эзофагита в структуре рефлюксной болезни в зависимости от пола, проявлений признаков слабости нижнего пищеводного сфинктера — недостаточности кардии (НК) 1-3 ст. и без них.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализированы результаты обследования 20850 пациентов, проходивших ФГДС в плановом и экстренном порядке с 2000 по 2005 гг. Все пациенты с эндоскопическими проявлениями ГЭРБ имели клинику рефлюксной болезни, предъявляли жалобы на изжогу, боли за грудиной, отрыжку воздухом и съеденной пищей.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота острого эрозивного эзофагита в структуре ГЭРБ составила 2 %. Количество пациентов с эндоскопическими признаками эзофагита без проявления НК составило 22 % от всех пациентов с ГЭРБ. При этом частота эрозивного эзофагита составила 6 % от пациентов с хроническим эзофагитом без НК (мужчин оказалось в два раза больше, чем женщин — 4 % и 2 %, соответственно). Частота острого эрозивного эзофагита с признаками НК (1-3 ст.) в структуре ГЭРБ составила 0,7 %, а в структуре всех хронических эзофагитов с признаками НК (1-3 ст.) — 0,9 % (мужчин оказалось в 2,5 раза больше, чем женщин — 0,7 % и 0,3 %, соответственно). При НК-1 и хроническом эзофагите частота эрозивного процесса в пищеводе составила 0,1 % от всех пациентов с НК 1-3 ст. и хроническим эзофагитом и 0,2 % от пациентов с НК 1 ст. и хроническим эзофагитом (процентный состав мужчин и женщин составил по 0,1 %). При НК2 и хроническом эзофагите частота эрозивного процесса в пищеводе составила 0,6 % от всех пациентов с НК 1-3 ст. и хроническим эзофагитом и 3 % от пациентов с НК 2 ст. и хроническим эзофагитом (процентный состав мужчин и женщин составил 2 % и 1 %, соответственно). При НК3 и хроническом эзофагите частота эрозивного процесса в пищеводе составила 0,2 % от всех пациентов с

НК 1-3 ст. и хроническим эзофагитом и 3 % от пациентов с НК 1 ст. и хроническим эзофагитом (процентный состав мужчин и женщин составил 9 % и 4 %, соответственно).

Всего при ГЭРБ признаки хронического эзофагита с очагами метаплазии слизистой выявлены в 15 %.

ВЫВОДЫ:

1. ГЭРБ с острым эрозивным эзофагитом встречается существенно реже, чем по данным литературы.
2. Признаки перенесенного эрозивного процесса при ГЭРБ встречаются в 15 % случаев.

3. Частота хронического эзофагита без признаков НК в структуре ГЭРБ значительно выше, чем частота хронического эзофагита с НК 1-3 ст.
4. Неблагоприятным фактором по возникновению ГЭРБ и хронического эзофагита (с признаками НК и без них) является мужской пол пациента.
5. Острые эрозии в пищеводе более часто сопровождают хронический эзофагит без НК.
6. Наибольшая частота острого эрозивного эзофагита в группе пациентов с признаками хронического эзофагита и НК (1-3 ст.) встречается при НК 2 ст.

МЕДВЕДЕВ А.С., КРУГЛОВ В.Г.
НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск,

Межрегиональный Центр хирургии и гастроэнтерологии ФГУЗ КБ № 81 ФМБА России

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ

Еще десять лет назад вызывала определенные сомнения эффективность применения противоязвенных препаратов, их возможность снижать частоту осложнений дуоденальных. Считалось, что зажившие язвы рецидивируют у 60-90 % больных, у половины из них возникают тяжелые осложнения — перфорация, кровотечение, стеноз, в связи с чем вставал вопрос о сроках и объеме оперативного лечения, как о мере профилактики осложнений в лечении дуоденальных. Все это диктовало необходимость более детального изучения, дифференцированного подхода к лечению больных с дуоденальной язвой. Несмотря на успешную разработку в нашей стране и за рубежом вопросов диагностики и лечения дуоденальной язвы, проблему обоснования выбора ее хирургического лечения нельзя было считать окончательно решенной.

Полагаем, что эта проблема остается не решенной до настоящего времени, однако трудно не признать и успехов консервативного лечения. За прошедший период времени была проделана огромная работа по введению стандартов медикаментозной терапии, она стала более комплексной, основанной на эрадикации пилорического хеликобактера, на снижении кислотности желудочного сока, на усилении буферной защиты слизистой, на коррекции моторики и работы естественных антирефлюксных механизмов желудочно-кишечного тракта. В связи с этим расширились возможности консервативной терапии язвенной

болезни желудка, как достаточно надежного метода лечения язвенной болезни и профилактики ее осложнений. Стали проводиться плановые гастроэнтерологические обследования пациентов, в том числе и на производстве, что увеличило число диагностированных на раннем этапе развития заболевания. Наметилась тенденция смены психологии, как врачей гастроэнтерологов, так и самих пациентов. Язвенная болезнь перестала восприниматься «временным недугом» проходящим вместе с рубцеванием и заживлением язвы, так как да же после заживления язвы сама причина образования язвы, т.е. сама болезнь остается и требует длительной, а порой и пожизненной терапии.

Все это привело к снижению частоты плановых операций более чем в 2 раза, однако число экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению, а ведь именно здесь кроется наибольший процент осложнений вплоть до летального исхода. Снижение планового поступления больных, возможность эффективного предоперационного и послеоперационного консервативного лечения данной категории больных, объясняют тенденцию стремления к разработке и внедрения в клиническую практику усовершенствованных минимально инвазивных и физиологичных методов лечения с учетом индивидуальных особенностей течения язвенной болезни. Тем самым новое направление в хирургии, в сочетании с консервативной терапией язвенной болезни позволяет добиться максимально эффективного



и вместе с тем минимально инвазивного лечения язвенной болезни с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. Что в итоге сокращает экономическую стоимость и продолжительность стационарного лечения, ускоряет восстановление данной категории больных.

Основой созданного в НИИ гастроэнтерологии СибГМУ направления функциональной хирургии язвенной болезни является разработка новых органосохраняющих и органомоделирующих операций, направленных на максимально возможное сохранение формы и функции желудка, предусматривающее восстановление трансдуоденального пассажа пищи и моделирование искусственных сфинктеров, взамен разрушенных или удаленных — естественных, что является залогом улучшения качества жизни оперированных больных.

В связи, с чем нами разработан способ дуоденопластики с селективной проксимальной ваготомией в лечение язв передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Разработанный способ включает верхнюю срединную лапаротомию, мобилизацию луковицы двенадцатиперстной кишки и иссечение язвы с одномоментным формированием клапана. Для чего на передней стенке луковицы, отступив 3-4 мм от пилорического жома, выполняем два полулунных разреза переднебоковых стенок, отсекая участок кишки эллипсовидной формы с язвой. После этого на передней стенке луковицы ДПК формируем клапан-створку, отступив от нижнего края 20-22 мм, параллельно ему выполняем дополнительный разрез полулунной формы глубиной до подслизистого слоя и отскапываем получившийся лоскут, затем ушиваем слизисто-подслизистый слой и формируем дубликатуру, путем погружения десерозированного участка, ушиваем серозно-мышечные оболочки отдельными узловыми швами узелками вовнутрь, после этого выполняем селективную проксимальную ваготомию в модификации клиники. Таким образом удается максимально не инвазивно иссечь язву и усилить запирательную функцию пилорического жома, в рамках профилактики развития рефлюкс гастрита после селективной проксимальной ваготомии и снижение уровня кислотности желудочного сока, как устранение основного фактора развития язвенной болезни.

По описанной методике был оперирован 21 пациент возрастной группы от 28 до 65 лет, с

длительностью заболевания от 5 до 30 лет, 75 % составили мужчины.

В нашей клинике активно используются с диагностической целью эндоскопическая и трансабдоминальная ультрасонография, так как результаты исследований дают отчетливое представление о функциональной активности желудка, привратника и ДПК, характере нарушений эвакуации желудочного содержимого, выраженности ДГР в реальном масштабе времени, а так же в ходе проводимого обследования можно визуализировать пилорический жом и оценить степень его функциональной состоятельности.

В предоперационном периоде регистрировали в исследуемой группе ДГР 2 ст. у 73 % и 3 ст. у 27 % пациентов. В послеоперационном периоде с течением времени картина имела явную положительную динамику, причем более заметна она была в первые 6 месяцев, когда наблюдалось заметное снижение процента ДГР 2 и 3 ст., в последующем периоде кардинальных изменений не происходило.

Кроме общепринятых ультразвуковых параметров оценки моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса, проводится дифференциальная диагностика нарушений антродуоденальной координации по методики, разработанной в клинике.

Через 5 лет после операции средний показатель базальной кислотопродукции у оперированных больных составил $2,2 \pm 0,17$ ммоль/час. Продукция соляной кислоты при стимулировании гистамином была в среднем $3,7 \pm 0,91$ ммоль/ч.

В более поздние сроки происходило незначительное увеличение содержания свободной соляной кислоты в желудочном соке в пределах, исключающих возникновение рецидива язвы.

Результаты, полученные в ходе проведения всего комплекса послеоперационного обследования, не имели принципиальных отличий от уже представленных, новый способ дуоденопластики зарекомендовал себя как надежный и физиологичный метод лечения пациентов с язвенным поражением передней стенки ЛДПК когда в рубцовое поле вовлекается пилорический жом с развитием его не состоятельности при отсутствии признаков пилоростеноза. Считаем, что данный метод обеспечивает достаточную радикальность лечения язвенной болезни и ее осложнений с сохранением привратникового механизма и дуоденального пассажа.





ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Перфоративная язва - тяжелейшее осложнение течения язвенной болезни желудка и ДПК. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении гастродуоденальных язв, летальность при данном осложнении остается довольно высокой, по данным разных авторов от 5 до 15 %. По поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки с 2005 по 2007 годы в отделении экстренной хирургии «Межрегионального центра хирургии и гастроэнтерологии» ФМБА России г. Северска находились на лечении 46 больных, при этом смертность составила 4,5 %. Крайне неблагоприятный исход наблюдается при поступлении больных с длительным сроком (свыше 24 часов) заболевания.

Количество пациентов с данной патологией в 90-е годы было выше примерно в два раза. Это, по-видимому, является следствием более интенсивного терапевтического лечения язвенной болезни с применением современных противоязвенных препаратов, а также работы НИИ гастроэнтерологии СибГМУ в г. Северске.

Использование современных противоязвенных и антибактериальных препаратов позволяет расширить рамки использования лапароскопических технологий в лечении перфоративной язвы с простой диагностической лапароскопии, которая применяется в отделении с 1997 г., до полноценного самостоятельного лечебного пособия. С 2005 г. нами используется лапароскопический метод ушивания перфоративной язвы однорядным узловым швом с последующей оментопексией места перфорации салником, санацией и дренированием брюшной полости. За период с 2005 по 2007 годы данным методом нами было пролечено 12 пациентов.

В послеоперационном периоде отмечается ранняя мобилизация пациентов (все оперированные пациенты уже на завтра ходили по палате). У 58 % пациентов перистальтика начинала выслушиваться в первые сутки, у 30 % на вторые и лишь у одного больного на третьи — 12 %. Осложнений и летальных исходов в данной группе не зафиксировано. В сравнении в группе больных оперированных по «классической» методике перистальтика не появлялась ранее, чем через 48 часов, а у подавляющего числа больных (67 %) появилась только на третьи сутки и позднее. Из полеченных осложнений у одного пациента на 5 сутки произошла не полная подкожная эвентерация, у двух больных отмечено нагноение послеоперационной раны, у одного пациента развилась внутрибольш-

ничная пневмония. Шести пациентам была оставлена лапаростома с последующими санациями, двое больных из данной группы умерло.

Использование лапароскопической методики позволило значительно сократить сроки госпитализации, так средний койко-день составил 7,7, а в контрольной группе — 12,6 к.д. Так же отмечено значительное уменьшение расхода лекарственных средств в после операционном периоде. Проводя сравнительный анализ видно, что применение эндоскопических технологий позволяет сократить послеоперационный период на 41 %, т.е. практически в два раза и это без риска увеличения процента осложнений. Метод зарекомендовал себя, как достаточно надежный, миниинвазивный и экономически оправданный.

На ряду с общими противопоказаниями к эндоскопическим операциям, существует ряд специфических противопоказаний к лапароскопическому методу ушивания перфоративных язв:

- длительность заболевания более 48 часов (в срок от 12-48 часов отмечены случаи прикрытых перфораций, которые удалось ушить эндоскопически).;
- наличие распространенного серозно-фибринозного перитонита с массивными плохо снимающимися пластами фибрина;
- наличие выраженных рубцовых деформаций в пулородуоденальной зоне;
- наличие суб- и декомпенсированного пилорили дуоденостеноза (в предоперационном периоде обязательна ЭФГДС);
- сочетание перфорации с язвенным кровотечением (до 10 % случаев).

Не стоит переоценивать и технические возможности метода. Считаем, что он имеет целый ряд недостатков: один из которых — нерадикальность лечения и ограниченность во временных рамках от начала заболевания.

Однако практически все недостатки метода можно устранить, дополнив лапароскопию мини-лапаротомией с помощью минидоступа, что позволит иссечь язвенный дефект и расширит границы возможностей метода.

После иссечения язвы на фоне ежедневного приема ИПП с доказанной эффективностью (не рекомендуем работать с дженериками), у примерно 80-90 % пациентов не возникает рецидивов язвенной болезни. В данном случае ключом к успеху является ежедневный и только двух разовый прием ИПП без каких либо перерывов с прохождением профилактических обследований не

реже двух раз в год. В план обследования мы включаем ЭФГДС, исследование РН желудочного сока, исследование моторики проводим как на аппарате POLIQRAF, так и посредством рентгеноскопии.

При все же рецидивирующем характере течения болезни, предпочтение отдаем органосохраняющим методикам в частности проксимальной селективной ваготомии в сочетании с тем или иным видом дуоденопластики. Каждый хирург, кто оперировал пациентов с ранее ушитыми перфоративными язвами (лапаротомным доступом), знает насколько усложняется его задача в выполнении радикальной операции. После эндоскопического ушивания язвы таких проблем просто нет.

Настроить пациента на полноценное и длительное консервативное лечение после перенесенного им стресса вызванного перфорацией язвы — это и боль и страх смерти, да и страх от самой предстоящей операции, как правило не представляет особой трудности и зависит лишь от добросовестности лечащего врача.

Считаем, что эндоскопический метод, как самостоятельный вид оперативного пособия, так и дополненный минидоступом, является методом выбора в лечении перфоративной язвы с давностью перфорации до 12 часов и данная группа пациентов, не имеющих «стандартных» противопоказаний к лапароскопии, должна оперироваться именно так.

МЕРЗЛИКИН Н.В., БАРАБАШ В.И., СОРОКИН Р.В., КУЗНЕЦОВ А.В.

*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ФЛЕГМОНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ

При инфицированном панкреонекрозе, осложненным флегмоной забрюшинной клетчатки, инфекционно-токсическим шоком, полиорганной недостаточностью, летальность, по разным литературным источникам составляет до 80 %.

В клинике кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ на базе МКЛПМУ «Городская больница № 3» г. Томска за период с января 2003 г. по сентябрь 2008 г. проходили лечение 93 больных с инфицированными панкреонекрозами, осложненными развитием флегмон парапанкреатической и забрюшинной клетчаток. Впервые в клинике был применен и внедрен в практику открытый способ дренирования забрюшинной клетчатки при инфицированном панкреонекрозе в виде формирования ретроперитонеостомы (получена приоритетная справка № 2008105511 от 12.02.2008 г.).

ОПИСАНИЕ СПОСОБА

выполняют косой разрез кожи, подкожной клетчатки, апоневроза наружной косой мышцы живота в левой подвздошной области, тупым путем производят расслоение внутренней косой и поперечной мышцы живота, поперечной фасции живота. Фасцию поперечной мышц живота подшивают отдельными швами к апоневрозу и к краям раны и таким образом формируют ретроперитонеостому. Брюшину отслаивают тупо медиально и обнажают забрюшинную клетчатку

до хвоста поджелудочной железы. Дренажи (силиконовые трубки и резиново-марлевые тампоны), устанавливают к хвосту поджелудочной железы и клетчатке малого таза. При обширном распространении гнойного процесса дренирование забрюшинной клетчатки по вышеописанному способу проводят также и справа. В дальнейшем проводят плановые гетеротермические санации ретроперитонеостомы с использованием аппарата УРСК 7Н-18 до купирования гнойного процесса.

Средний возраст пациентов составил 48,4 года. Мужчин было 64, женщин — 29. 41 пациент получали традиционные методы лечения и инфузионную терапию в том же объеме, что и основная группа (I группа). После операций в этой группе выполнено 11 релапаротомий в связи с различными гнойными осложнениями. Умерли 16 человек, что составило 39%.

С 2005 г. в клинике стали активно применяться открытые методы лечения данной патологии (ретроперитонеостомы). Они применены у 52 пациентов (II группа). При первой операции обязательно выполнялась желчеотводящая операция, накладывалась широкая оментобурсостома. В 5 случаях выполнена криодеструкция поджелудочной железы. При наличии флегмоны забрюшинной клетчатки выполнялась ретроперитонеостомы как слева, так и справа. Плановые санации оментобурсостом, забрюшинного пространства выполнялись каждые 2-4 суток при наличии признаков секвестрации поджелудочной желе-

зы, прогрессирования гнойного процесса. На это указывали гектическая температура, повышение лейкоцитоза, данные УЗИ-мониторинга. При повторных вмешательствах выполнялась гетеротермическая санация с применением ультразвуковой кавитации (аппарат УРСК 7Н – 18), удалялись секвестры поджелудочной железы, вскрывались и дренировались вновь возникшие очаги деструкции. Число санаций варьировало от 1 до 9 (среднее – 3,6 на одного больного). У данной группы больных активно использовалось внутривенное лазерное облучение крови аппаратом Мулат. Кроме массивной противомикробной, дезинтоксикационной, антиферментной терапии,

парентерального питания, данные больные получали иммуннокорректирующую терапию. Для этого применялись полиоксидоний и ронколейкин. Из II группы умерло 5 пациентов, что составило 9,6 %.

Комплексное лечение пациентов с инфицированными панкреонекрозами, включающее наложение ретроперитонеостомы, применение методов криохирургии, ультразвуковой кавитации при санациях оментобурсостом и забрюшинного пространства, внутривенное лазерное облучение крови, позволяет значительно снизить послеоперационную летальность при этой тяжелой патологии.

МОСОЛКОВ В.Ю.

*НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск*

РОЛЬ АРЕФЛЮКСНОЙ ЕЮНОСТОМЫ В ВЕДЕНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПИЩЕВОДА

Хирургическое лечение больных с травмами пищевода представляет собой сложную задачу, что связано с невозможностью в течение длительного времени принимать пищу через рот, как следствие, снижения питательного статуса больного. Летальность больных с травмами пищевода колеблется от 13,4 до 50 % (Янгиев Б.А., Хаджибаев А.М., 2003), что напрямую связано с трудностями диагностики этих ранений и быстрым развитием ряда гнойно-септических осложнений (медиастинит, плеврит, воспалительные процессы в легких, пищеводно-трахео-бронхиальные свищи, истощение и др.). В этой связи нами разработан и применяется на практике способ формирования арефлюксной еюностомы, позволяющий проводить полноценное энтеральное питание у пациентов в послеоперационном периоде, уменьшая явления катаболизма.

Способ осуществляется следующим образом: После выполнения верхне-срединной лапаротомии дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12-15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3-4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15-20 мм производ-

ся еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез начинаясь от брыжеечного края, отступая от него на 2-3 мм, расширяясь идет к противобрыжеечному краю кишки, разрез описывает фигуру типа эллипс. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки, позволяет сохранить достаточное кровоснабжение стенки кишки. Затем накладываются 4-6 узловых швов, на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образовывается клапан. Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто. Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.

Энтеральное питание до и после выполнения радикальной операции начинали с первых суток из расчета 25 мл/ч, вводя в еюностому смесь капельно, постепенно увеличивая объем смеси со средним суточным приростом 20-25 % от общей потребности пациента в калориях, увеличивая скорость введения смеси ежедневно на 25 мл/час, но не более 150 мл/час. До момента полного энтерального погашения потребности па-

циента в калориях параллельно проводили парентеральную поддержку.

В качестве компонента энтерального питания использовали изокалорическую сбалансированную смесь «Нутризон» («Нутриция», Голландия). Дозу препарата рассчитывали индивидуально для каждого пациента на должествующую массу тела, с учетом азотистого баланса и потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта).

Кроме энтерального питания внутривенно вводили растворы электролитов: физиологический раствор хлористого натрия, растворы Рингера, калия и пр. Общее время проведения зондового энтерального питания до операции составляло $13 \pm 1,5$ суток.

Всего энтеральное питание через еюностому было проведено у 5 пациентов с травмами пищевода, осложненным непроходимостью. Основным осложнением зондового энтерального питания у наших больных были диспептические расстройства, в виде диареи, которая отмечена у 2 пациентов. Купирование диареи было достигнуто уменьшением скорости введения питатель-

ной смеси. Ни в одном случае данное осложнение не привело к прекращению питания.

Динамический контроль за восстановлением питательного статуса у пациентов осуществлялся ежедневно. Для объективной оценки использовали индекс массы тела, измеряли толщину кожно-жировой складки трицепса, окружность мышц плеча, лабораторные показатели (общий белок, альбумин, трансферрин, лимфоциты, азотистый баланс).

Уже через 7 суток проведения энтерального питания отмечено снижение катаболического индекса до близких к нормальным значениям цифр, концентрация белка также увеличилась и приблизилась к нижней границе нормы.

Таким образом, формирование арефлюксной еюностомы для проведения энтерального питания у пациентов опухолевой непроходимостью пищевода может служить методом выбора в проведении предоперационной реабилитации. Энтеральное питание через арефлюксную клапанную еюностому эффективно, обладает меньшими побочными эффектами и экономически более оправдано.

ОСИПОВ Б.Б., БАРАНОВ А.И., КРУГЛЯКОВ О.О., ТЕЛЕГИН А.В., ХАНДОГИН Н.В.

МЛПУ Городская клиническая больница № 1,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Использование малоинвазивных методик операций (видеолaparоскопических и минидоступа) имеют ряд преимуществ по сравнению с традиционными:

- повышение качества диагностики;
- уменьшение операционной травмы;
- уменьшение интраоперационной кровопотери;
- снижение интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде;
- уменьшение числа послеоперационных осложнений;
- косметический эффект.

В МЛПУ «ГКБ № 1» все преимущества малоинвазивных оперативных вмешательств на брюшной полости уже в течение 3 лет доступны населению г. Новокузнецка и городов юга Кемеровской области не только в плановом порядке, но и по экстренной хирургической помощи.

Для организации неотложной абдоминальной помощи в первую очередь необходимо решение кадровых проблем, наиболее важной среди них - обучение врачей-хирургов. Для нормальной

работы необходимо, чтобы в бригаде постоянно работал врач-хирург, умеющий выполнять операции из малоинвазивных доступов. Необходимо также постоянное обучение среднего и младшего медицинского персонала. Одним из аспектов кадровой проблемы является ориентация молодых хирургов. На наш взгляд, для молодых хирургов лапароскопические операции должны быть для них естественными и обыденными.

Минимальный набор, при котором может быть организована круглосуточная экстренная лапароскопическая помощь:

- видеоэндоскопическая стойка;
- 4 набора инструментария для лапароскопических операций;
- 1 набор для диагностической лапароскопии;
- аппарат «мини-ассистент» для операций из минидоступа.

Очень важна организация круглосуточной работы операционной. Следует отметить, что при выпадении одной из составляющих - кадровой или технической, проведение неотложных лапа-

роскопических операций становится спорадическим и работа стойки неэффективна.

Для экстренной хирургической помощи неоспоримо также еще одно преимущество малоинвазивных оперативных вмешательств: при достаточном навыке выполнения данного вида операций – меньшее время, затраченное на операцию по сравнению с традиционными операциями. Это может быть полезно при интенсивном поступлении больных в стационар.

Создание видеоэндоскопической операционной и решение организационных вопросов меняет и хирургическую стратегию в неотложной абдоминальной хирургии. Возможность выполнения неотложных операций из малоинвазивного доступа диктует необходимость начинать операцию с диагностической лапароскопии под общим обезболиванием, оценки интраабдоми-

нальной картины и оперативного действия. Ряд операций потребовали конверсии, так как при лапароскопии была выявлена патология, которую невозможно было адекватно вылечить из малых разрезов.

Трехлетний опыт показал, что решение кадровых и организационных проблем при внедрении малоинвазивных операций позволяет сократить число традиционных оперативных до 30 %. Доля видеолaparоскопических операций возрастает до 62 % (среди них, 44 % – лечебные оперативные вмешательства и 18 % – диагностические лапароскопии), операции из минидоступа – 4 % и видеоассистированные – 4 %.

Таким образом, использование малоинвазивных оперативных вмешательств в неотложной хирургии позволяет оперативно и последовательно решать диагностические и тактические задачи.

ОСКРЕТКОВ В.И., ГАНКОВ В.А., ГУРЬЯНОВ А.А., КЛИМОВ А.Г., АНДРЕАСЯН А.Р.,
ФЕДОРОВ В.В., БУБЕНЧИКОВ С.П.

*Алтайский государственный медицинский университет,
Клиника общей хирургии,
г. Барнаул*

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ХИАТОПЛАСТИКА ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Видеолaparоскопическая протезирующая хиатопластика произведена 9 пациентам с грыжей ПОД, коротким пищеводом I-II ст. У шести человек была аксиальная кардиофундальная грыжа, у двух больных – тотальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, у одной пациентки – субтотальная паразофагеальная грыжа. Клинически заболевание проявлялось симптомами гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, у пациентов с тотальной и субтотальной грыжами пищеводного отверстия диафрагмы – нарушением эвакуации из желудка.

Показанием к протезирующей хиатопластике явилось значительное (более 4 см) расширение пищеводного отверстия диафрагмы, что обуславливало опасность прорезывания швов при выполнении диафрагмокрурорафии.

Операцию выполняли из 5 троакарных доступов. Пищеводное отверстие диафрагмы было расширенным от 4 см до 7 см, угол Гиса был тупым. Абдоминальный отдел пищевода, кардиальный отдел и часть дна желудка располагались в заднем средостении, низводились в брюшную полость с натяжением, при прекращении тракции «устремлялись» в заднее средостение. Мобилизацию малой кривизны желудка, начинали от средней ее трети, в связи с расположением части желудка

в заднем средостении. После рассечения выраженных рубцовых паразофагеальных сращений, фиксирующих пищевод, у всех больных удалось низвести пищеводно-желудочный переход ниже диафрагмы. Протяженность мобилизации пищевода выше кардии колебалась от 4 см до 6 см, длина абдоминального отдела пищевода после низведения составила от 1 см до 3 см. У пациентов с хорошо выраженными ножками диафрагмы производили заднюю диафрагмокрурорафию.

Для выполнения протезирующей хиатопластики из политетрафторэтиленовой сетки выкраивали протез прямоугольной формы, превышающий размеры пищеводного отверстия диафрагмы на 1,5-2 см. В центре протеза выкраивали окно, диаметр которого соответствовал пищеводу с расположенным в просвете толстым желудочным зондом. Протез проводили позади пищевода рассеченной частью кпереди и фиксировали его герниостеплером к диафрагме по окружности пищеводного отверстия.

Учитывая выраженные адгезивные свойства полипропиленовой сетки, а так же возможность ее ретракции протез из этого материала формировали в виде узкой полоски. Такой протез, после предварительно выполненной диафрагмокрурорафии, располагали позади пищевода и фикси-

ровали его к правой и левой ножкам диафрагмы герниостеплером.

Восьми пациентам произведена видеолапароскопическая эзофагофундопликация на калибровочном зонде. У одной больной старческого возраста, страдающей тотальной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, от выполнения антирефлюксной операции решено воздержаться из-за декомпенсации сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде у нее развилась клиника гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которая купировалась на фоне консервативной терапии.

При рентгеноскопии пищевода и желудка у всех пациентов фундопликационная манжета была расположена ниже диафрагмы. Суточный мониторинг pH у восьми больных свидетельствовал об отсутствии патологического желудочно-пищеводного рефлюкса. Таким образом, видеолапароскопические технологии позволяют произвести низведение абдоминального отдела пищевода в брюшную полость у больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и при значительном расширении пищеводного отверстия диафрагмы выполнить протезирующую хиатопластику.

ОСКРЕТКОВ В.И., КЛИМОВ А.Г., ГАНКОВ В.А., ГУРЬЯНОВ А.А.,
ФЕДОРОВ В.В., АНДРЕАСЯН А.Р.

*Алтайский государственный медицинский университет,
Клиника общей хирургии,
г. Барнаул*

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ХИМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В клинике общей хирургии Алтайского государственного медицинского университета у 313 больных доброкачественными заболеваниями и химическими повреждениями желудка и двенадцатиперстной кишки были выполнены миниинвазивные видеолапароскопические операции. Показанием к оперативному лечению у большего числа пациентов (218 чел.) была хроническая гастродуоденальная язва, у 74 человек — сочетанный или изолированный послеожоговый стеноз выходного отдела желудка и пищевода, у 20 больных — доброкачественная опухоль желудка и у одного пациента — дивертикул верхней трети тела желудка. У одной трети больных видеолапароскопический этап операции сочетался с вмешательством из мини-лапаротомного доступа длиной 4-6 см. Объем видеолапароскопических и видеоассистированных операций: у 141 больного были выполнены различные варианты видеолапароскопической ваготомии, у 58 пациентов — дренирующие желудок операции из минилапаротомного доступа, у 57 человек — различные варианты видеолапароскопической или видеоассистированной резекции желудка, у 43 больных — видеоассистированная гастростомия по Кадеру, у 36 человек — зашивание перфоративной гастродуоденальной язвы, у 16 больных — удаление доброкачественной опухоли желудка, у 3 пациентов — видеоассистированное формирование трансплантата из желудка при эзофагопластике, у одной больной — дивертикулэктомия. У подавляющего числа больных послеоперационный период

протекал гладко. Отмечена ранняя активизация пациентов. На 7-9 сутки после операции больные выписывались на амбулаторный режим.

Интраоперационные осложнения возникли у 7 человек (2,2 %). У трех больных были трудности с выделением стенки желудка или ДПК из язвенного инфильтрата, у двух пациентов развилось неконтролируемое кровотечение на этапе мобилизации желудка, у двух человек во время операции возник левосторонний пневмоторакс. Конверсия доступа на широкую лапаротомию потребовалась у 5 больных (1,6 %).

В раннем послеоперационном периоде показания к повторной операции возникли у 5 человек: у 3 больных были признаки перитонита, у двух человек — продолжающееся внутрибрюшное кровотечение. Клинически значимые осложнения, повлиявшие на продолжительность госпитального этапа лечения, были отмечены у 10,2 % больных (32 чел.). При этом большее число (11 чел., 19,3 %) и наиболее тяжелые осложнения (несостоятельность швов культи ДПК или гастродуоденоанастомоза, послеоперационный панкреатит) возникли в группе больных перенесших резекцию желудка. Общая летальность составила 0,32 % (1 чел.), после резекции желудка — 1,7 %. Наиболее благоприятные результаты были получены после выполнения органосохраняющих операций. Осложнения в этой группе больных возникли у 8,2 % (21 чел.). Преимущественно это был постваготомический синдром (гастростаз, диарея), который развивался

у пациентов, перенесших различные варианты видеолaparоскопической ваготомии. При этом наибольшее число осложнений было отмечено у больных, которым была выполнена видеолaparоскопическая стволовая ваготомия, сочетанная с дренирующей желудок операцией и операция Тейлора. Наименьшее число осложнений было отмечено у пациентов, перенесших расширенную селективную проксимальную ваготомию с дозированной эзофагофундопликацией без дренирующей желудок операции, которую мы при-

менили у 81 больного хронической дуоденальной язвой. Гнойно-септических осложнений и летальных исходов в этой группе больных не было.

Таким образом, видеолaparоскопические технологии в сочетании с мини-laparотомным доступом позволяют выполнить большой объем оперативных вмешательств на желудке с малым числом осложнений. При выборе метода оперативного лечения предпочтение необходимо отдавать органосохраняющим операциям.

ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., КАРМАДОНОВ А.В.
*Кемеровская государственная медицинская академия,
Кафедра госпитальной хирургии,
МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского.
МУЗ ГКБ № 11,
г. Кемерово*

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ СЕРОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Ненатяжные технологии герниопротезирования при вентральных грыжах с использованием синтетических сеток получили широкое распространение в связи с малым процентом рецидивов заболевания после вмешательства. Неплохо себя зарекомендовали используемые уже около 20 лет полипропиленовые сетчатые протезы. Однако, при надапоневротическом (подкожном) расположении импланта всегда имеется угроза образования хронических жидкостных скоплений (сером) в подкожной клетчатке. Они являются результатом повреждения клеток, межклеточных образований и множества мелких лимфатических протоков. Образование хронических сером при надапоневротическом расположении сетки связано, вероятно, с сохранением асептического воспаления и лимфорей из-за травматизации тканей подкожной клетчатки сеткой во время дыхательных экскурсий брюшной стенки. Присутствие сетки и раневой инфекции может поддерживать образование сером много недель. В определенном проценте случаев избежать контакта протеза во время герниопластики с подкожной клетчаткой не представляется возможным, поэтому проблема образования сером сохраняется.

В сердечно-сосудистой хирургии более 10 лет активно используется модифицированный (эпоксипроцессированный) ксеноперикард. Наши экспери-

менты с подсадкой модифицированного ксеноперикарда в подкожную клетчатку брюшной стенки крыс показали, что он не отторгается, отсутствует выраженная воспалительная реакция окружающих тканей, параллельно с медленной биодеградацией импланта вокруг разрастается фиброзная ткань. Через 6 месяцев при сохранении волокон перикарда образуется в зоне его подсадки выраженная рубцовая ткань без жидкостных скоплений. Экспериментальные данные послужили основанием для использования эпоксипроцессированного ксеноперикарда в клинике.

Герниопластика с использованием модифицированного ксеноперикарда выполнена у 55 пациентов, хронических сером при расположении протеза в подкожной клетчатке мы не наблюдали. Протезирование не сопровождало дренированием клетчатки, острые жидкостные скопления в раннем послеоперационном периоде ликвидировали пункционным путем. При использовании полипропиленового эксплантата у сопоставимой по всем критериям группы больных после герниопротезирования Onlay-способом хронические (более месяца) серомы в подкожной клетчатке наблюдались у 35,5 % оперированных. При одинаковом числе рецидивов заболевания в поздние сроки после герниопластики модифицированный ксеноперикард может быть альтернативой полипропиленовым сетчатым протезам.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Современные хирургические технологии в проведении резекции печени представляют широкий диапазон от применения механического разделения ткани печени или водоструйной диссекции до использования ультразвуковых, лазерных, плазменных и других воздействий на раневую поверхность.

Поиск совершенствования хирургических технологий резекции печени обусловлен продолжительностью пересечения паренхимы, объемом кровопотери на этапе резекции, продолжительностью остановки кровотечения, необходимостью пережатия печеночно-двенадцатиперстной связи, высоким уровнем послеоперационных осложнений со стороны билиарного тракта.

Перспективным направлением в повышении эффективности резекции печени является приме-

нение газоструйной диссекции паренхимы печени с помощью аппарата УДРПО-45. Принцип его действия основан на том, что тонкая струя газа под определенным давлением «выдувает» паренхиму печени, сохраняя неповрежденными сосуды и желчные протоки, которые в последующем лигируют и пересекают.

В настоящее время ведутся экспериментально-клинические исследования по изучению и внедрению в клинику способа газоструйной диссекции паренхимы печени для проведения резекционных вмешательств и ее родственной трансплантации.

Полученные положительные результаты открывают новые возможности в повышении эффективности оперативного лечения больных с применением данной технологии.

ПОПОВ К.М., ДАМБАЕВ Г.Ц., БЕЛОУСОВ Е.В., СОЛОВЬЕВ М.М.,
ГРИЩЕНКО М.Ю., ПОПОВ А.М.

*Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра госпитальной хирургии,
г. Томск*

СПОСОБ СИМУЛЬТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Широкая распространенность синдрома диабетической стопы, прогрессирующее его течение, высокий процент инвалидности, длительные сроки стационарного лечения диктуют настоятельную необходимость в совершенствовании методов раннего выявления, современной диагностики, экономически и патогенетически обоснованного лечения этой категории больных.

Частота ампутаций при данной патологии составляет 6-8 на каждые 1000 больных.

Патогенетическая обоснованность на первый взгляд разрозненных методов хирургического лечения синдрома диабетической стопы, позволило объединить их в одно симультанное оперативное вмешательство. Отдельные элементы данной методики запатентованы и применяются в различных лечебных учреждениях, и включают в себя декомпрессионную остеоперфорацию, периапериальную симпатэктомию, ретинакулотомию и периапериальную симпатэктомию.

Задачи — исследовать эффективность предложенной методики при лечении больных с синдромом диабетической стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 62 пациента (47 женщин и 15 мужчин). Возраст пациентов составил от 51 до 81 года. Из данной группы пациентов были выбраны 27 человек, страдающих различными формами синдрома диабетической стопы из них: 14 пациентов с нейропатической формой; 4 пациента с ишемической формой; 9 пациентов с нейро-ишемической формой. Выполнено симультанное оперативное лечение синдрома диабетической стопы, которое включало в себя остеоперфорацию, периапериальную симпатэктомию, периапериальную симпатэктомию, периапериальную симпатэктомию и ретинакулотомию. Оставшиеся 35 человек составили группу контроля.

Остеоперфорация способствует снижению внутрикостного давления, в результате чего происходит стихание болей; нормализация внутрит-



каневого давления, что приводит к улучшению артериального притока и венозного оттока от конечности; уменьшению надкапиллярного сброса крови по артерио-венозным шунтам.

В результате периапериартериальной симпатэктомии бедренной артерии сосуд заметно расширяется, что отражается на кровообращении конечности: происходит расширение периферических сосудов; на 90 % уменьшается их сократительная способность, возникает двукратное увеличение объема кровотока в сосудах бедра; улучшается оксигенация ткани; ускоряется развитие коллатералей.

Ретинакулотомия позволяет освободить сдавленные в футлярах сосудисто-нервные пучки, уменьшить гипертензию, улучшить нервно-мышечную передачу к ишемизированным тканям, повысить приток артериальной крови и отток венозной.

В результате перизондотомии большеберцового нерва повышается устойчивость ишемизированной ткани конечности к гипоксии за счет улучшения нейротрофических функций.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Срок послеоперационного наблюдения до 6 лет. У пациентов оценивались такие характеристики: субъективные ощущения, в том числе болевые, вибрационная чувствительность, температурная чувствительность, тактильная чув-

ствительность, измерение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), УЗДГ (ультразвуковая доплерография). Все пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия (резкое уменьшение боли). Увеличение расстояния беспрепятственной ходьбы на $117 \pm 14,3$ м. Инструментально повысилась вибрационная, температурная и тактильная чувствительность. По данным измерения ЛПИ отмечено повышение индекса в основной группе с $0,54 \pm 0,12$ мм рт. ст. до $0,7 \pm 0,09$ мм рт. ст. Статистически значимых изменений в контрольной группе не выявлено. По данным УЗДГ ни у одного из пациентов изменений не выявлено.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, установлено, что на основании патогенетически обусловленного воздействия на сосудистую и нервно-трофическую функцию, путем повышения устойчивости ишемизированных тканей к гипоксии, предложенная нами методика симультанного лечения пациентов с синдромом диабетической стопы позволяет эффективно оказывать комплексное воздействие на главные звенья патогенеза. Операция восстанавливает работоспособность и позволяет в короткие сроки вернуться к активной трудовой деятельности, что может служить основанием для рекомендации данной методики к применению у больных синдромом диабетической стопы.

РАДИОНОВ И.А., КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., ШИН И.П.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Вопросы хирургического и консервативного лечения первичного кальцифицирующего хронического панкреатита (ПКХП) остаются открытыми. Заболеваемость ПКХП, неизбежно приводит как к дисфункции поджелудочной железы (ПЖ), так и к другим осложнениям, заслуживая особое внимание хирургов. Вопрос о лечении этой группы больных считается сложным и нерешенным.

Микро- и макролитиаз являются основной причиной нарушения проходимости протоков поджелудочной железы. ПКХП составляет 49-95 % среди всех хронических панкреатитов и является наиболее тяжелой формой. Особенно опасны застрявшие камни в головчатой части протока ПЖ, поскольку в ней наиболее развито

артериальное снабжение, а рассечение ее для обнажения протока ПЖ может привести к тяжелым последствиям и осложнениям. Развитие острого послеоперационного панкреатита, в связи с несостоятельностью панкреатокишечного и других анастомозов, остается одной из основных причин высокой госпитальной летальности после хирургического лечения.

Целью настоящего исследования являлась оптимизация схемы хирургического и консервативного лечения и уменьшение процента послеоперационных осложнений у больных с первичным кальцифицирующим хроническим панкреатитом.

В основу работы положен анализ 85 оперированных больных с ПКХП в Областном гепа-

тологическом центре г. Кемерово, которым были выполнены прямые операции на ПЖ при протоковой и желчной гипертензии: внутреннее дренирование главного панкреатического протока (ГПП) и гепатикохоледоха.

Наряду с ранее принятыми методами хирургического и консервативного лечения проведена сравнительная оценка двух групп больных. У 36 пациентов (42,4 %) с ПКХП после операций на ПЖ отработана патогенетически обоснованная схема комбинации хирургических и консервативных способов профилактики ранних и отдаленных осложнений. Данная схема в итоге позволила оптимизировать методы медикаментозной коррекции в послеоперационном периоде.

Примененные в исследовании новые методы при литоэкстракции из ГПП в головчатой части ПЖ: «Способ хирургического вмешательства при литиазе главного панкреатического протока поджелудочной железы» (Патент РФ № 2301029 от 20.06.2007) и «Способ хирургического лечения главного панкреатического протока поджелудочной железы» (Патент РФ № 2303412 от 27.07.2007) расширяет возможности выбора способа

вмешательства у больных с протоковой гипертензией, предупреждая в раннем послеоперационном периоде нарушение проходимости вирсунгова протока, и повышая качество лечения.

При сравнении стандартной литоэкстракции из ГПП ПЖ и запатентованных методик получены статистически значимые результаты улучшения результатов лечения (уменьшение кровоточивости во время операции и общей кровопотери, снижение процента острого посттравматического панкреатита и числа несостоятельности панкреатовирсунгоаноанастомоза и т.д.).

Включение в комплекс лечебных мероприятий прямой эндолимфатической терапии «Способ эндолимфатического лечения» (Патент РФ № 224-0148 от 20.11.2004) у больных с ПКХП в послеоперационном периоде позволило снизить процент развития посттравматического панкреатита, несостоятельности панкреатовирсунгоаноанастомоза с 23,5 % до 7,1 %, обеспечивая надежную профилактику осложнений и необходимость повторных операций. В комплексе с хирургическими методами может служить одним из эффективных способов лечения данного заболевания.

РЕЗАНЦЕВА Н.П.

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава,
г. Северск

УЗЛОВОЙ ЗОБ: НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Распространенность узловых образований щитовидной железы (ЩЖ) по оценкам различных исследователей составляет от 3 до 7 % среди населения, достигая 46-50 % в группе лиц старше 35-40 лет. При этом частота рака щитовидной железы (РЩЖ) по данным различных авторов колеблется в широких пределах от 1 до 23 % всех заболеваний этого органа. Хирургическое пособие относят к стандартным способам лечения узлового зоба, и оно продолжает оставаться одним из самых востребованных методов. Его нельзя назвать патогенетическим, поскольку не устраняет причины заболевания, хотя в большинстве случаев избавляет больных от основных клинических проявлений. Вопросы показаний, радикальности и эндокринологической достаточности продолжают оставаться дискуссионными.

Цель — оценить эффективность современных методов дооперационной диагностики узловых образований ЩЖ в выборе объема оперативного пособия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В работе проведен анализ обследования и хирургического лечения 648 пациентов с различ-

ными заболеваниями ЩЖ в период с 2002 по 2007 годы. Среди оперированных больных было 573 женщины (88,4 %) и 75 мужчин (11,6 %). Средний возраст пациентов на момент операции составил $49,9 \pm 12,9$ лет.

Дооперационная дифференциальная диагностика кроме опроса и пальпации включала в себя ультразвукографию ЩЖ, проведение тонкоигльной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), определение уровня тиреоидных гормонов крови, радиоизотопное сканирование при рецидивных зобах, подозрении на функциональную автономность узловых образований, наличие регионарных и отдаленных метастазов.

ТАПБ является основным методом дифференциальной диагностики узлового зоба, выявления среди них рака и отбора больных для оперативного вмешательства. В нашем исследовании ТАПБ выполнена 626 пациентам (96,6 %). В 613 случаях (94,6 %) — под контролем УЗИ. Пациентам с многоузловым поражением ЩЖ, общая доля которых составила 32,8 % (205), пункционная биопсия выполнялась из нескольких точек.

Поскольку объем хирургического лечения напрямую зависит от морфологической структуры

ЩЖ, во время операции в сомнительных случаях проводили срочное цитологическое и гистологическое исследования удаленной ткани — у 364 больных (56,2 %).

Данные ТАПБ и срочного гистологического исследования сопоставляли с результатами окончательного гистологического исследования, подсчитывали число ложноположительных и ложноотрицательных результатов, оценивали чувствительность, специфичность. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «Statistica» v. 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 648 пациентов радикальные операции в объеме тиреоидэктомии выполнены 175 (27 %), субтотальной тиреоидэктомии — 172 (26,5 %), экстирпации культи ЩЖ — в 25 случаях (3,9 %). Органосохраняющие операции в объеме гемитиреоидэктомии выполнены 82 пациентам (12,7 %), в объеме гемитиреоидэктомии с перешейком — 194 (29,9 %).

На основании окончательного гистологического исследования операционного материала выявлена следующая частота различных нозологических форм: узловой (многоузловой) в разной степени пролиферирующий зоб — в 72,4 % (469 случаев), из них 20 (3,1 %) — рецидивный; токсический зоб — 13,6 % (88); аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ) — в 2 % (13); аденома из фолликулярных клеток — в 4,2 % (27) наблюдений; рак — в 7,9 % (51).

По результатам ТАПБ полноценный материал был получен в 87,4 % (547) случаев; в 12,8 % (80) пунктатов выявлена атипия клеточных элементов, в 2,2 % (14) наблюдений — данные за ХАИТ, в остальных 72,4 % (453) — клетки кубического эпителия с различной степенью пролиферации.

Доля неинформативных пунктатов с неадекватным количеством цитологического материала составила 12,6 % (79). Таким образом, чувствительность данного метода диагностики по отношению к раку, узловому коллоидному в различной степени пролиферирующему зобу и ХАИТ составила 82,4 %, 79,3 % и 92,3 % соответственно; а специфичность — 93,4 %, 61,9 % и 99,7 %.

Из 364 объектов срочного гистологического исследования рак ЩЖ был выявлен в 53 наблюдениях (14,6 %), аденома ЩЖ — в 23 (6,3 %), узловой коллоидный зоб различной степени пролиферации — в 274 (75,3 %), ХАИТ — в 14 случаях (3,9 %).

При сопоставлении этих результатов с окончательным гистологическим заключением чувствительность исследования в отношении рака, аденомы, узлового коллоидного в различной степени пролиферирующего зоба и ХАИТ составила, соответственно, 92,2 %, 81,5 %, 98,5 % и 92,3 %; специфичность — 98,1 %, 99,7 %, 94,5 % и 99,4 %.

ВЫВОДЫ:

Комплексное использование дооперационных ультразвукографии, тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии позволяет достоверно установить морфологическую структуру узловых образований щитовидной железы и на основании этих данных выбрать адекватный объем оперативного лечения.

Срочное гистологическое исследование является необходимым для уточнения диагноза и объема хирургического лечения пациентов, имеющих противоречивые данные в отношении злокачественного поражения щитовидной железы по данным ТАПБ и при многофокальных новообразованиях.

СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И., ВАЛУЙСКИХ Ю.В.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПАХОВОМ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ИЗ МИНИДОСТУПА

Паховая грыжа в трудоспособном возрасте является одним из наиболее распространенных заболеваний, требующих хирургического лечения. Современные способы грыжесечения по поводу паховых грыж (операция Лихтенштейна и видеолапароскопическое грыжесечение) в большинстве случаев рассматриваются как стационарное лечение. Их широкое использование в амбулаторной практике ограничено при

традиционной операции выраженностью болевого синдрома и, соответственно, ограниченной подвижностью пациента, а при видеолапароскопической операции — специальной аппаратурой и эндотрахеальным наркозом. Уменьшение длины операционного доступа при грыжесечении по поводу паховых грыж позволяет уменьшить травматичность операции, не требует общего обезболивания и видеолапароскопической стойки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Основная цель исследования заключалась в оценке результатов выполнения операции грыжесечения при паховых грыжах из минидоступа (разрез менее 5 см) в амбулаторных условиях. В основе работы лежат результаты хирургического лечения 81 больного с паховыми грыжами от 21 года до 76 лет за период с 2001 г. по 2007 г. Больные оперированы в хирургическом отделении МЛПУ ГКБ № 1 и в Центре Амбулаторной Хирургии МЛПУ ГКБ № 2 (г. Новокузнецк). Все больные были разделены на две группы: основная – 35 больных, оперированные по разработанному авторами способу в условиях центра амбулаторной хирургии, контрольная – 46 пациентов, оперированные по способу Лихтенштейна в хирургическом отделении стационара МЛПУ ГКБ № 1. Группы сравнения были однородны по возрасту, полу, характеру профессиональной деятельности, виду паховых грыж.

Особенностью грыжесечения было использование ретрактора оригинальной конструкции (патент РФ на изобретение № 2207068) и способа операции (патент на изобретение № 2313289), позволяющий осуществить оперативное вмешательство из разреза длиной 3,4-3,6 см.

При определении болевого синдрома использовалась вербальная 5 балльная шкала, при этом болевой синдром оценивался пациентом каждые 4 часа. Баллы, полученные в течение 36 часов, суммировались, и определялось среднее значение показателя. Результаты проведенного исследования представлены в таблице.

Пациенты основной группы в первые сутки не получали наркотических анальгетиков. Обезболивание проводилось ненаркотическими парентеральными препаратами (кеторол 2,0 в/м) один раз, за исключением нескольких больных

отказавшихся от введения ввиду незначительного болевого синдрома. Пациенты основной группы были информированы по поводу обезболивания, проводимого самостоятельно в домашних условиях. Больные принимали ненаркотический анальгетик (кеторол) по одной таблетке два-три раза в день в зависимости от выраженности болевого синдрома; 3 пациента (8,7 %) не принимали анальгетики из-за отсутствия болевого синдрома в покое. Пациенты контрольной группы получали наркотические анальгетики (промедол 1 % – 1,0 внутримышечно) от двух до трех раз в первые сутки в зависимости от выраженности болевого синдрома. Параллельно вводились ненаркотические, парентеральные обезболивающие (анальгин 50 % – 2,0, димедрол 1 % – 1,0) от двух до трех раз в день операции, в зависимости от времени окончания операции. В то же время при оценке интенсивности болевого синдрома с помощью 5-балльной вербальной шкалы в основной группе он был выражен значительно меньше ($p < 0,05$).

Сроки временной утраты нетрудоспособности, не смотря на то, что по профессиональной деятельности группы были однородны, в основной группе составили 17,5 суток, в контрольной – 28,3 суток.

ВЫВОДЫ:

1. Сокращение длины разреза при паховом грыжесечении существенно уменьшает интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде.
2. Уменьшение травматичности операции позволяет выполнять ее в амбулаторных условиях.
3. Использование минидоступа при грыжесечении по поводу паховых грыж уменьшает временную утрату нетрудоспособности.

Таблица
Интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде

Баллы	4 часа		12 часов		24 часа		36 часов	
	основная	контроль	основная	контроль	основная	контроль	основная	контроль
Не больно (0 баллов)	n = 5 (9 %)	-	n = 11 (26 %)	-	n = 16 (40 %)	n = 8 (17 %)	n = 24 (63 %)	n = 14 (30 %)
Слегка больно (1 балл)	n = 20* (57 %)	n = 10 (22 %)	n = 19 (54 %)	n = 18 (39 %)	n = 18 (51 %)	n = 29 (63 %)	n = 13* (37 %)	n = 29 (63 %)
Умеренно больно (2 балла)	n = 12 (34 %)	n = 24 (52 %)	n = 7* (20 %)	n = 27 (58 %)	n = 3 (9 %)	n = 9 (20 %)	-	n = 3 (7 %)
Существенно больно (3 балла)	-	n = 12 (26 %)	-	n = 1 (3 %)	-	-	-	-
Очень больно (4 балла)	-	-	-	-	-	-	-	-
Средний балл на больного	1,2	2,1	0,9	1,6	0,7	1,0	0,3	0,7

Примечание: * – Р основная – контрольная < 0,05.



СТЕПИН Д.А.
НИИ гастроэнтерологии СибГМУ,
Клиническая больница № 81,
г. Северск

КОМБИНИРОВАННАЯ СПИНО-ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, АНАЛГЕЗИЯ КАК ВАРИАНТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОНКОЛОГИИ

В 1943 г. Hingson, Edwards предложили для аналгезии и релаксации промежностной мускулатуры в родах введение мочеточникового катетера непосредственно в эпидуральное пространство через пункционную иглу. Таким образом, был создан метод продленной эпидуральной анестезии, широко применяемый во всем мире в различных областях медицины (терапия, акушерство-гинекология, хирургия, онкология). В 1981 г.

P. Brownridge впервые сообщил о применении комбинированной техники. Целью его работы являлось совмещение положительных качеств спинальной и эпидуральной анестезии и уменьшение нежелательных эффектов той и другой. В нашей клинике активно стал внедряться с 1998 г. за этот период выполнено около 940 пункций, из них в плановом порядке 97,3 %, комбинированная спино-эпидуральная анестезия была выполнена в 78 случаях.

Онкологические операции характеризуются травматичностью и обширностью, особенно при выполнении расширенной лимфодиссекции. Также имеет место тенденция увеличения удельного веса больных пожилого и старческого возраста зачастую с выраженной патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Таким больным, при отсутствии противопоказаний, мы применяем комбинированную спино-эпидуральную анестезию, а соответственно и послеоперационную аналгезию, особенно при операциях на нижнем этаже брюшной полости. Активно внедряем концепцию сбалансированной аналгезии, избирательно влияющих на физиологические процессы, участвующие в ноцицепции. К таким процессам относятся трансдукция (внутривенное введение НПВС), трансмиссия (местные анестетики вводимые периферийно и/или нейрогенно) и модуляция (внутривенное, внутримышечное или эпидуральное введение опиоидов). Техника сбалансированной анестезии/аналгезии предлагает заманчивую перспективу ускоренного выздоровления, несмотря на сохраняющиеся изменения в зоне операции и на продолжающуюся супрессию нейроэндокринных реакций на боль.

Таким образом, мы значительно уменьшили, а в некоторых случаях исключили (при хорошей ноцицептивной защите НПВС + местные анестетики) введение наркотических анальгетиков, что

позволило избежать таких грозных эффектов как депрессия дыхания, брадикардия, подавление функции желудочно-кишечного тракта, анурия, снижение активности больных и т.д.

Все больные были распределены на две группы, контрольную группу составили 63 пациента, которым была выполнена операция на нижнем этаже брюшной полости (экстирпации прямой кишки, низкая передняя резекция, резекция сигмовидной кишки, гемиколэктомия) в условиях эндотрахеального наркоза в сочетании с НЛА, основную группу составили 78 больных с тем же объемом оперативного вмешательства, но проведенного в условиях комбинированной спино-эпидуральной анестезии. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (ОИМ, тромбоз, эмболия, гипертонический криз и т.д.) в контрольной группе составили – 6,3 %, со стороны дыхательной системы (пневмония) – 7,9 %. В основной группе со стороны сердечно-сосудистой системы – 1,2 %, со стороны легких – 0 %. В основной группе больные активизировались уже на 2-3 сутки, что существенно снизило риск тромбоза, эмболии. Перистальтика кишечника была отмечена на 1-2 сутки после оперативного вмешательства. На первые сутки у всех больных основной группы был удален мочевого катетер.

Новая техника является прогрессивным сочетанием двух известных методик спинальной и эпидуральной характеризуется следующими достоинствами: быстрым наступлением анестезии, высокой надежностью, хорошей релаксацией мышц, малой токсичностью, возможностью расширения и пролонгирования анестезии.

Таким образом, применение комбинированной спино-эпидуральной анестезии/аналгезии позволяет уменьшить использование наркотических анальгетиков как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде, что благоприятно влияет на больных с сердечно-легочной и церебральной патологией, способствует раннему восстановлению моторики желудочно-кишечного тракта, а значит уменьшает частоту возникновения спаечной кишечной непроходимости.

Уменьшение потребности в наркотических анальгетиках способствует поддержанию легочной вентиляции в раннем послеоперационном периоде на уровне, близком к дооперационному. Короткий восстановительный период позволяет

рано активизировать больных, благодаря чему снижается частота гипостатических пневмоний и

тромбофлебитов, что особенно важно у больных пожилого возраста.

СТЕПИН Д.А., ЖЕРЛОВ Г.К., ШИПАКОВ В.Е.
*Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии,
НИИ гастроэнтерологии СибГМУ,
г. Томск*

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы занимает первое место и составляет 18,3 %. Ежегодно в России регистрируется более 40 тыс. новых случаев данного заболевания. По данным ряда авторов за последние 20 лет показатель заболеваемости РМЖ вырос на 40 %. Несмотря на большую популярность органосохраняющего лечения, его применение ограничено ранними стадиями рака молочной железы с опухолью не более 3 см, отсутствием клинически позитивных подмышечных лимфоузлов, размером молочной железы, локализацией опухоли и рядом других причин. Также имеет место увеличение числа местных рецидивов и нередко неудовлетворительные эстетические результаты. Частота применения органосохраняющего лечения зависит от качества диагностики ранних стадий заболевания в конкретном медицинском учреждении. Поэтому основным типом радикального вмешательства при раке молочной железы по-прежнему является радикальная мастэктомия в модификации Маддена и большое количество больных, перенесших это оперативное вмешательство, испытывают значительные психологические трудности, связанные с потерей молочной железы. Одним из основных методов реабилитации этой категории больных, особенно молодого возраста, является реконструкция молочной. Тромботические нарушения — одни из наиболее опасных осложнений в пластической и реконструктивной хирургии. Особенно остро эта проблема стоит у онкологических больных, так как у данной категории пациентов изначально имеются нарушения по гиперкоагуляционному типу. Это имеет особенно важное значение при операции мастэктомия с одномоментной пластикой груди TRAM лоскутом, по разным литературным данным частота периферических некрозов может достигать 34%. Механизмы развития тромботических осложнений у больных, страдающих злокачественными новообразованиями, сопряжены с повышенной тромбокиназной активностью опухолевой ткани, усиленной вы-

работкой последней ингибиторов фибринолиза, снижением антикоагулянтной активности крови, гипо- и диспротеинемией, гиперфибриногенемией, повышенной агрегационной активностью тромбоцитов. Поэтому разработка патогенетически обоснованных методов коррекции системы гемостаза у больных раком молочной железы на этапах оперативного лечения представляется нам весьма актуальной.

Цель исследования — выявить характер расстройств функционального состояния компонентов системы гемостаза, фибринолиза и микро-реологических свойств крови у больных раком молочной железы, на этапах осуществления одномоментной пластики груди TRAM лоскутом и разработать патогенетически обоснованный комплекс мероприятий по коррекции нарушений в системе гемостаза, для улучшения результатов пластики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве объекта исследования послужили 24 женщины с диагнозом рак молочной железы 2-3 ст., в возрасте от 43 до 65 лет ($m = 49,6$) которым выполнялась мастэктомия с одномоментной пластикой груди TRAM лоскутом. Исследование гемостаза осуществлялось инструментальным методом гемокоагулографии на анализаторе реологических свойств крови портативном АРП-01 «Меднорт». Кроме того, использовались биохимические методы исследования системы гемокоагуляции. Состояние микроциркуляции в кожном лоскуте оценивалось методом лазерной доплеровской флоуметрии на лазерном анализаторе капиллярного кровотока ЛАКК-01. Исследование проводилось в 4 этапа: до и после операции, на первые и третьи сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Полученные данные исследования функционального состояния компонентов системы гемостаза у больных раком молочной железы 2-3 ст.

показали — у этих пациенток отмечается активизация коагуляционного звена гемостаза на всех этапах оперативного лечения, что проявлялось увеличением структурных и укорочением хронометрических констант гемокоагулограммы. При исследовании микроциркуляции методом ЛДФ было отмечено снижение уровня перфузии ткани кожного лоскута более чем у 80 % больных. Некротизация кожного лоскута была отмечена у 20 % пациенток.

На основании этого нами был разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий по профилактике некрозов лоскута, основанный на ранней диагностике расстройств функционального состояния компонентов системы гемостаза и фибринолиза методом гемокоагулографии и их своевременной целенаправленной коррекции. Патогенетически обоснованная терапия, направленная на улучшение реологических свойств крови

(нормоволемическая гемоделиция, пентоксифиллин, низкомолекулярные гепарины, дискретный плазмаферез с возвратом собственной плазмы с эксфузируемым криопреципитатом) позволила к третьим суткам после операционного периода добиться нормализации показателей функционального состояния компонентов гемостаза, что в свою очередь сопровождалось нормализацией микроциркуляции в кожном лоскуте. Некрозов кожного лоскута в данной группе пациенток отмечено не было.

Таким образом, своевременная патогенетически обоснованная коррекция гиперкоагуляционного сдвига в системе гемостаза у больных раком молочной железы, подвергшихся операции мастэктомии с одномоментной пластикой груди TRAM-лоскутом, позволяет значительно снизить количество некротических осложнений у данной категории больных.

ХВАЩЕВСКИЙ А.И., ТИХОНОВ В.И., КОНОВАЛОВ С.Н.,
ПОЛОНЯНКИН И.В., ВОЛКОВ А.Н.

*Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии,
Томская областная клиническая больница,
г. Томск,*

Городская больница, г. Стрежевой

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ

Проблема лечения ЖКБ и ее осложнений занимает одно из центральных мест среди многих проблем современной медицины. В настоящее время ЛХЭ повсеместно считается «золотым стандартом» лечения ЖКБ. Выполнение данной операции стало доступно в городских и районных больницах. Описторхоз является серьезной медицинской и социальной проблемой для населения эндемичных регионов России, где инвазия взрослого населения составляет 76-100 %. Хронический описторхоз при длительном течении, реинвазии, суперинвазии, обуславливает появление значимых морфологических и функциональных изменений печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы. Частота сочетания хронического описторхоза с различными формами ЖКБ составляет от 32 до 70 %, что во многом определяет хирургическую составляющую проблемы.

Наш многолетний опыт применения лапароскопической технологии при ЖКБ у больных с хроническим описторхозом позволили обобщить

клинический материал около 1000 эндоскопических операций, проанализировать результаты лечения, разработать тактические подходы и технические особенности выполнения операций с целью профилактики осложнений. Наш опыт позволил нам разработать комплекс мероприятий, предупреждающих осложнения при ЛХЭ у больных описторхозом, путем прогнозирования трудностей до операции и алгоритмирования действий хирурга во время операции.

Осложнения лапароскопической холецистэктомии мы встретили у 71 пациента (7,7 %) с ЖКБ, среди больных с сопутствующим описторхозом в 43 случаях (13,3 %). Высокое количество осложнений произошло у больных с осложненным описторхозом — 29 случаев (27,1 %). Число тяжелых осложнений, потребовавших перехода на открытое хирургическое вмешательство составило 21 случай (2,2 %), а у пациентов с описторхозом 11 (3,4 %).

Предупреждение осложнений ЛХЭ в предоперационном периоде заключается в тщательном



предоперационном обследовании и прогнозировании осложнений с целью рационального выбора способа оперирования. С учетом основных факторов в наибольшей степени обусловивших развитие интраоперационных осложнений (форма воспаления желчного пузыря, длительность инвазии и наличие осложнений гельминтоза, количественный показатель ПТИ, опыт выполнения эндоскопических операций) создана прогностическая модель оценки риска осложнений. Эта модель, представляет из себя программу для ЭВМ, чувствительность которой составляет 76,9 %; специфичность 78,6 %; диагностическая эффективность 78,4 %.

Особенностями хирургической техники выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с хроническим описторхозом, предупреждающими развитие осложнений считаем:

- выполнение операций без напряженного карбоксиперитонеума с применением устройства для подъема и фиксации брюшной стенки (лапаролифт). Предложенное нами устройство позволяет сформировать достаточное операционное пространство, просто в применении, не дорого, не создает неудобств в работе хирурга;
- недостаток операционного пространства за счет гепатомегалии, перегепатита, увеличенного желчного пузыря — устраняется путем рассечения саек, пункции, аспирации содержимого желчного пузыря;
- сложность дренирования холедоха за счет стриктуры пузырного протока — устраняется путем рассечения стенки пузырного протока в 0,5 см от холедоха, введение дренажа при расширении отверстия;
- возможность повреждения пузырной артерии, чему способствует ее склеротические изменения и гипертрофия меди пузырной артерии — устраняется двойным клипированием, отказ от коагуляции и рассечение ножницами между клипсами;
- неуверенный холестаз и гемостаз раневых поверхностей печени, чему способствует изменение структуры ткани печени (гепатит-цирроз) и холангиоэктазы — устраняется применением спрей-аргонусиленной электрокоагуляции, аппликаций препарата «Тахокомб» на ложе желчного пузыря и дренирование подпеченочного пространства.

Кроме этого одним из важнейших моментов в ходе ЛХЭ с дренированием холедоха является способ фиксации дренажа холедоха, так как все существующие способы имеют много недостатков. Предложенный нами метод дренирования и способ фиксации дренажа холедоха имеют следующие преимущества:

- лигатура, зафиксированная на дренажной трубке, определяет глубину введения дренажа;

- фиксация дренажа путем прошивания в виде полукишетного шва стенок пузырного протока и фиксация лигатур в состоянии умеренного натяжения создает необходимую герметичность и не допускает подтекания желчи в свободную брюшную полость;
- фиксация лигатур к пузырному протоку клипсами дает возможность отказаться от завязывания интракорпоральных узлов, что значительно уменьшает время операции и ее трудоемкость, повышает надежность и состоятельность дренирования, уменьшает вероятность послеоперационных осложнений;
- сравнительно деликатная, но в то же время надежная фиксация, дает возможность без технических трудностей и осложнений удалить дренаж из холедоха в нужное время;
- наличие оставшейся клипсы на культе пузырного протока является ориентиром и дает возможность легко ее отыскать при релапароскопии;
- не требует введения дополнительных троакарров, тем самым снижает травматичность операции и придает косметический эффект.

Таким образом, разработанная нами оперативная техника расширяет показания к лапароскопическому методу оперирования у больных с осложненным течением описторхоза, уменьшает вероятность осложнений и неудобства технического выполнения манипуляций.

Показаниями для проведения интраоперационной холангиографии (ИОХ) при ЛХЭ считаем те же, что и при открытом традиционном методе оперирования. При наличии признаков холедохолитиаза или сужения терминального отдела холедоха, а также при сочетании этих двух проблем на ИОХ у пациентов с описторхозной инвазией и явлениями папиллита на ФГДС, мы преднамеренно отказываемся от холедохолитотомии, проведения внутреннего дренирования холедоха и ЭПСТ, а ограничиваемся лишь установкой дренажа холедоха лапароскопическим доступом на первом этапе лечения. Такая тактика, обусловленная собственным опытом лечения хирургических осложнений описторхоза, в абсолютном большинстве случаев которых, после проведения на втором этапе лечения дегельминтизации, курса противовоспалительной и ульцерогенной терапии, явления воспаления в дистальном отделе холедоха и в области БДС купируются и поступление желчи в ДПК восстанавливается, билиарная гипертензия разрешается.

У пациентов с выявленным холедохолитиазом в послеоперационном периоде, после нормализации общего состояния и восстановления показателей функции печени, проводим второй этап лечения, который состоит непосредственно из сеансов ЭКДЛТ и элиминации осколков конcrementов.

Показаниями к проведению ЭКДЛТ считаем наличие не более трех конкрементов холедоха, диаметром до 20 мм. Противопоказанием служит наличие множественного холедохолитиаза (более 3-х камней) с минимальным диаметром каждого более 20 мм, наличие стойкого сужения терминального отдела холедоха рубцового характера и ожирение пациентов 3-4 ст. Предложенный нами двухэтапный способ лечения холедохолитиаза в сочетании с описторхозной инвазией эффективен в 87 % случаев, позволяет с наименьшим риском избавить пациентов от камней холедоха и осложненного гельминтоза. Данный способ особенно актуален у группы больных преклонного возраста с наличием тяжелой декомпенсированной сопутствующей патологией. Он открывает перспективы в лечении холедохолитиаза миниинвазивным способом, снижает число послеоперационных осложнений — до 10 %, повторных вынужденных операций до 3 %, сохраняет и обеспечивает автономность билиарной системы, имеет хорошие отдаленные результаты.

Мы считаем, что одним из основополагающих моментов безопасности выполнения лапароскопических операций является обучение хирургов, так

как на основе анализа нашего многолетнего опыта нами доказано, самое большое количество полученных осложнений ЛСХ приходится на период освоения методики оперирования. Поэтому необходимо формирования у хирургов четкого алгоритма действия в различных интраоперационных ситуациях и в случаях развития интраоперационных осложнений, когда необходимо принятия быстрого решения и его техническое исполнение. Предотвращение «осложнения осложнений» во время операции состоит в соблюдении алгоритма хода операции ЛХЭ и последовательности устранения возникших осложнений эндоскопическими манипуляциями, выполнением минидоступа, либо немедленной конверсии.

Нами разработана программа алгоритмирования хода операции ЛХЭ для ЭВМ. В программе представлено алгоритмирование хода всех четырех этапов ЛХЭ в последовательности действий хирурга при возникновении нестандартных ситуаций и осложнений, мы рассматриваем, как обязательное условие успешной профилактики осложнений. Эта система обладает обучающим и дисциплинирующим хирургов свойствами способствует повышению безопасности ЛХЭ.

ЦИГЕЛЬНИК А.М., ЛИШОВ Е.В.
ГУЗ Областная клиническая больница,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
г. Кемерово

ЛАПРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ СЕЛЕЗЕНКИ

Лапароскопическая спленэктомия (ЛС) признана «золотым стандартом» спленэктомии при гематологических заболеваниях. Однако возможности этой операции при абсцессах селезенки (АС) практически не исследованы. В литературе имеются единичные работы, посвященные ЛС при АС.

Мы располагаем опытом 5 ЛС по поводу абсцессов селезенки. Средний возраст больных составил $44,3 \pm 5,6$ г. В группу вошли 4 мужчины и 1 женщина. В 3 наблюдениях абсцессы были солитарными, у 2 имелись множественные гнойники селезенки. У 2 больных гнойник сообщался с полостью в поддиафрагмальном пространстве. Всем больным выполнена ЛС из латерального доступа.

На обзорной лапароскопии установлено наличие спаечного процесса в поддиафрагмальном пространстве слева. Селезенка была плотно фиксирована к диафрагме. Пневмоперитонеум приводил к растяжению связок селезенки, а сама селезенка оставалась фиксированной сращениями, что

в большинстве случаев обеспечивало своего рода «hanging spleen» эффект (эффект «подвешенной» селезенки). Мобилизацию начинали с рассечения сращений большого сальника, который, как правило, окутывал селезенку. Затем рассекали желудочно — селезеночную связку для создания доступа к ее воротам. Выделяли и клипировали селезеночную артерию и вену. В дальнейшем проводили пересечение оставшихся связок селезенки, оставляя последнюю фиксированной к диафрагме сращениями. Их рассекали в последнюю очередь, избегая вскрытия гнойных полостей. Селезенку извлекали в пластиковом контейнере.

В двух наблюдениях, при сообщении абсцесса селезенки с поддиафрагмальным пространством, применен комбинированный вариант вмешательства. После полной мобилизации связок селезенки, когда она осталась фиксированной только к диафрагме за счет окружающих абсцесс сращений, выполнен разрез на грудной стенке в проекции X ребра — торакофренотомия, через который опорожнен гнойник и извлечена селезенка. Этот

доступ использован для дренирования оставшейся под диафрагмой гнойной полости дренажом Penrose.

Конверсий не было. Продолжительность операции составила в среднем 116 ± 7 мин. Интра-

операционная кровопотеря $250 \pm 93,5$ мл. Ни в одном из наших наблюдений не возникли непреодолимые препятствия для завершения операции эндохирургическим путем. Летальных исходов не было.

ЦИГЕЛЬНИК А.М., ЛИШОВ Е.В., ШАПКИН А.А., ВЕРТКОВ А.Г., НОСОВ В.Г.
*ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
г. Кемерово*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ МЕДИАСТИНОТОМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕДИАСТИНИТА

Медиастинит — относительно редкое, но грозное осложнение заболеваний и травм пищевода, дыхательных путей, флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи. Решающим фактором прогноза при медиастините является своевременность хирургического вмешательства на средостении.

В клинике хирургии Кемеровской областной клинической больницы для ранней диагностики и лечения медиастинита применяется торакоскопия. Мы располагаем опытом 14 торакоскопических вмешательств при подозрении на воспалительный процесс средостения. В 12 случаях исследование проведено больным, госпитализированным с флегмонами глубоких клетчаточных пространств шеи, в 2 — с перфорацией грудного отдела пищевода. Во всех наблюдениях троакары вводились в VI межреберье по средней подмышечной линии. Использовали 3-4 торакопорта. В 2 наблюдениях (14,3 %) патологические изменения плевральной полости и средостения не выявлены. В 12 наблюдениях (85,7 %) в плевральной полости присутствовал экссудат, в т.ч. в 5 случаях (35,7 %) гнойного характера.

При торакоскопии в 12 наблюдениях (85,7 %) выявили отек и инфильтрацию либо некроз клетчатки средостения. В 4 наблюдениях (28,6 %) диагностирован серозный «верхний» медиас-

тинит. Гнойный процесс в «верхнем» средостении выявлен в 4 наблюдениях (28,6 %), в «нижнем» в 1 случае (7,1 %). У 3 пациентов (21,4 %) диагностирован тотальный гнойный медиастинит с вовлечением переднего и заднего средостения.

При выявлении патологических изменений эндовидеохирургическая ревизия всегда дополнялась торакоскопической медиастинотомией, заключавшейся в широком раскрытии медиастинальной плевры и клетчатки переднего и заднего средостения от купола плевры до диафрагмы. Операцию завершали санацией и дренированием средостения и плевральной полости с активной аспирацией. У 4 пациентов с тяжелыми и прогрессирующими формами медиастинита выполнены программные торакоскопические санации средостения через обе плевральные полости. Эффективность торакоскопии была сопоставима с торакотомией. Проведение торакоскопических вмешательств на средостении не сопровождалось развитием интраоперационных осложнений. Большинство больных выздоровели. 2 пациента (14,3 %) умерли на фоне прогрессирования гнойного процесса, тяжелого сепсиса.

Первый опыт применения торакоскопии позволяет считать ее эффективным способом диагностики и лечения медиастинита.



ЧИРЬЕВ А.И., АКСЕНЕНКО А.В.
*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

АНТИМИКРОБНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ

Отек пораженных сегментов конечностей при отморожениях III-IV степени усугубляет микроциркуляторные расстройства и участвует в формировании ишемического симптомокомплекса. Нарушение целостности кожных покровов, угнетение иммунитета способствует инфицированию пораженных холодом тканей, сопровождается гнойно-септическим воспалением в отмороженных тканях с формированием гангрены.

Пролечено 40 больных с отморожениями кистей и стоп III-IV степени в период реперфузии. Всем больным измерялось внутритканевое давление и проводились декомпрессивные фасциотомии для снятия отека. С целью профилактики развития гнойно-септических осложнений назначали ампицилин/сульбактан 3 г 4 раза/сутки

в/в, цефазолин 1 г 3 раза/сутки в/м в течение 7 дней. В этой группе не было ни одного случая развития влажной гангрены.

В группе сравнения из 110 пациентов с традиционным лечением отморожений III-IV степени влажная гангрена осложнила течение заболевания у 60 больных и обусловила проведение ампутации кистей и стоп. Бактериологическое исследование в этой группе выявило ассоциации грампозитивной и грамотрикативной флоры за счет преобладания золотистого стафилококка. В 17 % исследований обнаружена неклостридимальная микрофлора.

Таким образом, сочетанное применение декомпрессивной фасциотомии и антибактериальной химиотерапии существенно улучшает результаты лечения отморожений конечностей.

ЧИРЬЕВ А.И., АКСЕНЕНКО А.В., ЧИРЬЕВ А.А.
*Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

ЗАКРЫТАЯ ФАСЦИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРАШ-СИНДРОМА

Хирургическое лечение одной из разновидностей краш-синдрома-синдрома позиционного сдавления тканей (СПС), возникшего в результате длительного пребывания в одном положении у лиц, подвергшихся токсическому воздействию сурогатов алкоголя или наркотикосодержащих веществ признается не всеми исследователями. Негазивное отношение к проведению санационных хирургических вмешательств обусловлено страхом развития гнойно-септических осложнений.

Под нашим наблюдением находилось 25 пациентов с изолированными формами СПС туловища и конечностей. Большинство пострадавших (98 %) были мужчины в возрасте от 44 до 63 лет. Длительность пребывания в не-

подвижном положении по данным врачей скорой помощи была не менее 7,4 ± 0,2 часа. У всех пациентов отмечалось значительное ($p > 30$ мм рт. ст. при N не $> 6-8$ мм рт. ст.) повышение внутритканевого давления. Для предотвращения развития вторичного ишемического некроза проводили видеоассистированную фасциотомию из минимального разреза. Для предотвращения гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде назначали в/в цефобид по 1 г 2 раза/сутки в/в и метронидазол в дозе не более 1 г в сутки.

Сочетанное использование декомпрессивной фасциотомии и антибактериальной терапии позволили избежать развития тяжелых гнойно-септических осложнений у 95 % больных.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном увеличении числа больных с острым панкреатитом (ОП). По данным ряда авторов (Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А., Изотова О.Г., 1995 и др.), ОП в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости выходит на третье место после острого холецистита и острого аппендицита и нередко осложняется развитием панкреонекроза. Смертность в этой группе колеблется в пределах 30-57,3 %.

Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов с ОП. Традиционная консервативная терапия была положительна у 85 % больных. У остальных больных в сроки от 2 и более суток появились признаки эндотоксикоза и перитонеальные знаки, что заставило нас проводить оперативное лечение ОП. Различной степени выраженности деструктивные изменения в железе и парапанкреатической клетчатке обнаруживали у 90 % больных этой группы. Чаще всего выполняли абдоминализацию панкреатической железы с наружным дренированием забрюшинного пространства.

У 6 пациентов с клинически значимыми признаками панкреатита и ферментативного перитонита проводили лапароскопию, при которой находили бляшки стеатонекроза и наличие различной степени прозрачности и количества выпота с активностью амилазы от 1170 мкм/л и более. Через установленные на боковых стенках живота порты осуществляли перитонеальный диализ с 8 литрами охлажденного до 6°C физиологического раствора и 30000 ЕИК контрикала. В круглую связку, сальниковую сумку, брыжейку поперечноободочной кишки, малый таз устанавливали микроиригаторы для введения ингибиторов протеаз, антибиотиков (цефобид 1 г 2 раза в день) и проведения новокаиновых блокад. Порты не удаляли, через сутки проводили видеолапароскопический контроль и при необходимости повторяли перитонеальный диализ. Секреторную функцию поджелудочной железы ингибировали назначением 800 мг октреотида. Эндогенную интоксикацию купировали проведением гемосорбции.

Данная методика лечения позволила избежать развития гнойно-деструктивных осложнений в этой группе больных.

ЧИРЬЕВ А.И., ЧИРЬЕВ А.А., АКСЕНЕНКО А.В.
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Исследования последних лет свидетельствуют о росте числа больных с острым панкреатитом (ОП), который в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости выходит на третье место после острого аппендицита и острого холецистита. (Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А., Изотова О.Г., 1995 и др.) Частота гнойно-септических осложнений при ОП встречается от 5,9 до 23 % (Атанов Ю.П., 1997; Кубышкин В.А., Клыккин А.В., Шматов В.А., 1987). Смертность в этой группе колеблется в пределах 30-57,3 %, поэтому ранняя диагностика, эффективность лечения и предотвращение гнойно-септических осложнений являются актуальнейшей клинической задачей.

Для выявления обоснованности госпитализации, правильной постановки диагноза и лечения

нами проведен анализ истории болезни 70 пациентов, которым при выписке выставлен диагноз ОП. Чаще всего ОП встречался в возрастной группе 45-55 лет (62 %), женщин среди них было 64 %. Самый распространенный диагноз направления — холецистопанкреатит (38 %), ОП — 12 %, ОП? — 12 %, другие острые заболевания брюшной полости — 32 %, терапевтическая патология была у 6 %. В первые 6-12 часов от момента поступления диагноз ОП без указания формы выставлен в 84 % случаев, в остальных случаях постановка диагноза осуществлена в сроки более 24 часов. При поступлении всем пациентам назначался голод, инфузионная терапия, включающая в/в введение глюкозы, физиологического раствора, спазмолитиков в 100 %. Наиболее часто назначалась но-шпа — 78 %, антиферментная

терапия назначена 82 % больных, дезагреганты и антиоксиданты использовались в 3 % случаев, новокаиновые параумбиликальные блокады выполнены у 30 % пациентов. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось к концу первых суток у 60 %, стабилизация процесса определена у 25 % и отсутствие положительной динамики определена у 15 % пациентов. В этой группе на фоне проводимой активной терапии сохранялись различной интенсивности боли, появились симптомы эндотоксикоза, в ряде случаев появились перитонеальные знаки. Из этой группы 88 % были прооперированы в сроки от 2 до 8 суток от момента поступления. Во время операции деструктивный панкреатит выявлен в 90 % случаев, в остальных 10 % найдена отечная форма ОП. При деструкции железы выполнялись абдоминализация последней, дополненная наружным дренированием салъникольной сумки. При отечной форме ОП проводили новокаиновую блокаду с гордоксом или контрикалом парапанкреатической клетчатки. В группе больных получивших консервативное лечение, смертности не было. Среди оперированных больных по поводу деструктивного панкреатита смертность составила 51,2 %. При анализе выяснено, что в 30 % случаев имела место гипердиагностика. Часто основанием для постановки диагноза ОП являлось раздельное наличие

болевого симптомокомплекса и параклинических исследований. Инфузионная терапия признана полноценной лишь в 7-10 % случаев. Количество вводимой жидкости не покрывало естественных потребностей организма. Форсированный диурез, являющийся подчас единственным методом детоксикации, выполнен у 30 % пациентов оперированных по поводу деструктивного панкреатита. Ни в одном случае не проведено полноценной антиферментной терапии. Не применяются современные препараты, блокирующие экзокринную функцию поджелудочной железы (даларгин, сандостатин). Не проводится полноценного обезбоживания: ни в одном случае мы не встретили использование блокад по Роману или Бобровицусу. При использовании параумбиликальных блокад количество вводимого новокаина без добавления современных спазмолитиков и ингибиторов не оказывает возлагающего эффекта. При проведении оперативного лечения не проводится раздельное дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Ни в одном из анализируемых случаев не было профилактического назначения антибиотиков даже в тех случаях, когда имелись явные признаки нагноения.

Считаем, что устранение указанных типичных ошибок будет способствовать качественной диагностике и лечению ОП.

ШИЛИН М.В., ШИЛИН В.М.

*МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗА

Внедрение в практику сшивающих аппаратов позволило значительно улучшить результаты в хирургии кишечника. Применение аппаратного шва привело к стандартизации техники анастомозирования, к уменьшению времени оперативного вмешательства.

Применение в конструкциях сплавов с памятью формы (нитинола) позволило выполнять аппараты для компрессионного анастомозирования компактными, не зависящими от внешнего привода. Возможность дозирования силы компрессии с плавным нарастанием усилий позволило значительно снизить травматичность стенки кишки в зоне анастомозирования, что качественно повлияло на формирование межкишечного анастомоза. Отличия данной конструкции - наличие компрессионных колец разного диаметра, при сшивании петель кишок, имеющих разную величину про-

света, в меньшей степени вызывает гофрирование стенок стыкуемых сегментов, позволяет более равномерное распределение толщины стенок между компрессирующими кольцами (Патент на изобретение № 2315574 от 27.01.2008).

Созданное нами устройство апробировано в эксперименте на животных для решения нескольких вопросов безопасности и эффективности применения компрессионного устройства авторской конструкции; выбора адекватного удельного усилия для компрессионного устройства с клиническими и морфологическими методами оценки в сроки 10, 20, 30 суток; отработки методики анастомозирования.

Под внутривенным наркозом срединная лапаротомия, с учетом кровоснабжения мобилизованы тонкая и толстая кишка, резецировался илеоцекальный угол. При сведении концов кишки на-



тяжения не определяется. На сшиваемые концы наложены кисетные швы без узла.

Нитиноловая пружина охлаждена хлорэтилом, компрессирующие кольца разведены до упора и зафиксированы в разведенном положении.

Кольцо с большим диаметром компрессионного устройства введена в анастомозируемый конец толстой кишки, хвостовиком в дистальном направлении, кольцо с меньшим диаметром в тонкую. Кольца освобождаются от фиксации и при контактном согревании пружина расправляется, сближая полусферы.

Четкое смыкание серозных поверхностей кишки между компрессионными кольцами. Контроль компрессии. Натяжения кишки в месте анастомоза нет. Для формирования антирефлюксного эффекта анастомоза тонкая кишка инвагинируется в толстую наложением нескольких серозномышечных швов.

Клинические методы оценки включали в себя: способность принимать животными воду и жидкую пищу, общее состояние животных, их поведение, особенно во время приема пищи, контрольные взвешивания в течение месяца. Воду животным давали с первых суток, жидкую пищу — со вторых и с четвертых суток — густые каши и супы, т.е. обычный пищевой рацион. Ухудшений в состоянии животных не наблюдалось. Было отмечено, что активность поведения животных возрастала с течением времени.

Визуальная оценка состояла в интраоперационном замере зоны бледности серозного покрова и ее изменении во времени, оценка клапанных свойств анастомоза путем пневмо-, гидропессией на препарате в различные сроки.

Для морфологической оценки качества сращения в зоне компрессионного анастомоза животные выводились из эксперимента в 10, 20 и 30 сутки. Из каждого препарата было изготовлено по 10 микросрезов, которые были окрашены по Ван-Гизону гематоксилином и эозином. Макроскопически на 10-е сутки со стороны серозного покрова анастомоз выглядел строго равномерно-линейным соединением, со стороны слизистой в виде валикообразного утолщения 2 мм с нитевидным втяжением посередине, где определяется местами частичный диастаз слизистой до 1 мм шириной. Микроскопически со стороны серозного покрова определялось полное закрытие линии анастомоза однорядным эпителием. Собственная пластинка слизистой содержит узкий дефект из молодых клеток соединительной ткани. Мышечные пластинки адаптированы по уровню относительно друг друга и разделены соединительно-тканой

прослойкой с переплетающимися коллагеновыми волокнами.

К 20-м суткам дефект слизистой почти полностью закрывается, мышечные пластинки сближаются за счет уменьшения соединительно-тканой прослойки со стороны серозного покрова, идет замещение эпителия склерозирующей тканью.

К 30-м суткам серозная оболочка в зоне анастомоза была полностью склерозирована, мышечные пластинки гипертрофированы, разделяющая их соединительно-тканая прослойка истончена, слизистая в области стыковки полностью регенерировала и содержала ворсинчатую структуру.

Причем во всех периодах гистологических исследований пролиферативные процессы преобладали над альтеративными с малым проявлением экссудативных изменений, с хорошо выраженными сосудами в толще анастомоза.

Таким образом, данные гистологических исследований подтверждают, что в условиях равномерной компрессии регенерация кишки отличается слабой воспалительной реакцией, отсутствием грубого соединительно-тканого рубца в месте анастомоза, достаточным развитием сосудистой зоны, адекватным сопоставлением слоев кишечных стенок. При сравнительной оценке морфологической картины ручного шва, компрессионный способ соединения имеет явные преимущества по условиям регенерации тканей, по минимальным воспалительным проявлениям, а так же и по срокам заживления, что, несомненно, влияет на частоту послеоперационных осложнений, на функциональную полноценность соустья, на ранние сроки функциональной реабилитации.

ВЫВОДЫ:

1. Плавное нарастание усилий компрессионного устройства при согревании нитиноловой пружины не вызывает ударных перегрузок в процессе компрессии, способствует адаптации и перестройке микроциркуляторного русла в условиях медленно нарастающей ишемии тканей. Качественно влияет на репаративные процессы в зоне соустья.
2. Эксперимент на животных, морфологическая оценка зоны тонко-толстокишечного анастомоза показали безопасность применения компрессионного устройства с дозированной нагрузкой привода из нитинола, доказали качественное формирование соустья в четырехнедельный срок.
3. Применение компрессионного устройства позволяет стандартизировать метод анастомозирования.

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В настоящее время при выполнении любой герниопластики основным принципом является сшивание тканей без их натяжения, что позволяет снизить нагрузку на швы, уменьшить болевой синдром, предотвратить сосудистый спазм с сохранением нормальной микроциркуляции, позволяет формировать брюшную полость такого объема, который необходим для размещения внутренних органов без компрессии диафрагмы.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 2003 г. по 2008 г. в хирургическом отделении ОГУЗ ТОКБ был прооперирован 91 пациент с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа различных локализаций и размеров. Возраст пациентов от 21 до 86 лет, соотношение мужчин и женщин 1 : 2. Для определения размеров грыж использовалась классификация J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR-classification), принятая на XXI Международном конгрессе герниологов (Мадрид, 1999), в которой учтены 3 основных параметра — локализация грыжи, ширина грыжевых ворот и наличие рецидива. Согласно этой классификации грыжи различают по локализации: срединная (M), боковая (CL), сочетанная (ML); по ширине грыжевых ворот: W1 — до 5 см; W2 — 5-10 см; W3 — 10-15 см; W4 — более 15 см; по частоте рецидивов: R1; R2; R3; R4.

Все пациенты имели сопутствующую патологию (гипертоническая болезнь, ИБС, ХОБЛ, ожирение 2-3 ст., СД и др.).

Мы применяли метод «ненатяжной» герниопластики с предбрюшинным или субмускулярным расположением трансплантата — варианты операций J. Rives и R. Stoppa. Трансплантат — монофиламентная полипропиленовая сетка «Линтекс». В случае средних, больших и гигантских грыж выполняется тотальная пластика передней брюш-

ной стенки, с использованием протеза размером 30 × 30 см. Герниолапаротомия производится из микродоступа (5-10 см). Выделяется грыжевой мешок, осуществляется адгезиолизис. Формируется предбрюшинное пространство, размер которого соответствует размеру имплантируемого протеза. Размеры последнего определяет величина дефекта передней брюшной стенки. Обязательным является выполнение следующего условия: протез должен «перекрывать» границы грыжевых ворот не менее, чем на 5-6 см, а так же закрывать имеющиеся послеоперационные рубцы. Грыжевые ворота ушиваются за счет брюшины (при дефиците ткани используется грыжевой мешок). На брюшину размещается протез, фиксирующийся отдельными швами к фасциальным структурам брюшной стенки так, чтобы после завязывания швов протез оказался слегка натянутым. Завершается операция установкой дренажной вакуум-системы и послойным ушиванием раны.

Части пациентов требовалось выполнение симультанных операций (холецистэктомия, грыжи нескольких локализаций, крурорафия, эзофагофундопликация при ГПОД, спондилолистез). Данные операции выполнялись из одного операционного доступа.

В послеоперационном периоде отмечались следующие осложнения: инфицирование раны, серома послеоперационного шва. Лечение осложнений консервативное.

ВЫВОД:

«Ненатяжной» способ герниопластики с предбрюшинным расположением трансплантата позволяет выполнить операцию без натяжения собственных тканей, что обеспечивает оптимальные условия заживления раны, снижает риск послеоперационных осложнений.

Таблица
Распределение больных по локализации и размерам ПВГ

Локализация грыжи	Ширина грыжевых ворот								Всего	
	Малая (W1)		Средняя (W2)		Большая (W3)		Гигантская (W4)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Срединная(М) (эпигастрий, мезогастрий)	1	1,1	43	47,3	24	26,4	11	12,1	79	86,8
Боковая (CL)	2	2,2	2	2,2	3	3,3	-	-	7	7,7
Сочетанная (ML)	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,1	5	5,5
Всего	4	4.4	47	51,7	28	30.8	12	13,2	91	100

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Цель исследования — снижение частоты послеоперационных осложнений обусловленных резекцией прямой кишки, путем разработки и применения нового способа формирования толстокишечного резервуара после ее низкой передней резекции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По разработанной методике оперировано 65 больных с «низким» раком прямой кишки. Среди пациентов было 43 мужчины и 22 женщины, в возрасте от 46 до 74 лет. По стадиям процесс болезни распределился следующим образом: T1N0M0 — 1, T2N0M0 — 6, T2N1M0 — 12, T3N0M0 — 22, T3N1M0 — 17 и T4N1M0 — 7 пациентов.

Операция выполняется следующим образом. После низкой передней резекции прямой кишки выше места будущего формирования колоректального анастомоза на 20-30 мм по противобрыжеечному краю иссекают серозно-мышечную оболочку длиной 70 мм и шириной 15-18 мм без вскрытия просвета кишки. Образованную площадку лишенную серозно-мышечной оболочки сшивают в поперечном направлении узловыми швами. Сформированную конструкцию низводят в полость малого таза. В области задней полуокружности сигмовидной и прямой кишок накладывают узловые серозно-мышечные швы так, чтобы линии швов на сигмовидной кишке располагались под углом к ее брыжеечному краю по линии рассеченной серозно-мышечной оболочки. Свободные от мышечной оболочки подслизистые основы обеих кишок восстанавливают непрерывным подслизистым кетгуттовым швом. Переднюю полуокружность колоректального анастомоза перитонизируют узловыми серозно-мышечными швами. Тазовая брюшина восстанавливается над областью сформированного толстокишечного резервуара.

Обследование пациентов в контрольные сроки после операции (3, 6 мес., 1, 3, 5 лет) проводилось с применением рутинных (ректороманоскопия, проктография) и современных (эндоскопическая ультрасонография, профилометрия, аноректальная манометрия) методов исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде все пациенты поправились. Осложнения в указанные сроки развились у 10 (15,4 %) пациентов. В том числе 5 случаев — нагноения послеоперационных швов, 2 случая послеоперационного плеврита и 3 случая — мочевой инфекции у пациентов на фоне длительной катетеризации мочевого пузыря. Во всех наблюдениях консервативное лечение дало положительный эффект. Ни в одном случае мы не наблюдали осложнений связанных с несостоятельностью швов в зоне формирования соустьев и резервуара.

Среднее время нахождения пациента в стационаре после операции составило $11,7 \pm 2,4$ суток. Средние сроки временной утраты трудоспособности после операции составили $71,3 \pm 10,8$ суток.

Проведенные клинические и инструментальные обследования пациентов в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции показали органическую и функциональную состоятельность сформированной конструкции, отсутствие признаков анальной инконтиненции у 89,5 % пациентов.

Сформированный кишечный резервуар обеспечивает накопление кала и контроль за опорожнением «прямой» кишки.

Таким образом, операция низкой передней резекции с формированием «ампулы» прямой кишки позволяет получить новый, функционально «полноценный» отдел толстой кишки, в известной мере компенсирующий утраченную функцию прямой кишки.

ОГЛАВЛЕНИЕ

АКСЕНЕНКО А.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ ОТЕКОВ.....	3	БУРДИН В.В., ДРОЗДОВ С.С. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....	16
АНИЩЕНКО В.В., БЕРЕГОВОЙ Е.А., НЕНОРОЧНОВ С.В. О ПРИЧИНАХ НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАЦИОННОЙ АРТРОСКОПИИ ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ.....	4	ГАЙДАШ А.А., БАШИРОВ Р.С., КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., БЕЛЫЙ В.И., ДЕНИСОВ А.В., ГОРЕЛИК И.Э., МИШИН И.П., БАБЕНКО О.А., ЗИМИНА О.В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗРУШЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ КОСТИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЯЩИХ СНАРЯДОВ ПО ДАННЫМ СКАНИРУЮЩЕЙ ЭЛЕКТРОННОЙ МИКРОСКОПИИ.....	17
АНИЩЕНКО В.В., ХАЛЬЗОВ А.В., ШТОФИН С.Г. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР БИЛИАРНО- ДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ.....	5	ГАЙДАШ А.А., НАЙДЕН Е.П., СЕНИЦА Л.Н., БАШИРОВ Р.С., БЕЛЫЙ В.И., КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., ДЕНИСОВ А.В., НОВИКОВ В.А., БАБЕНКО О.А., РАДИЩЕВСКАЯ Н.И., ТАРБОКОВ В.А. КОЛЛАГЕН-АПАТИТОВЫЙ ИНТЕРФЕЙС КОСТНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЯЩИХ СНАРЯДОВ.....	19
АНИЩЕНКО В.В., ШЕВЕЛА А.И. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО ДОСТУПА В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ОБЛАСТИ.....	6	ГАЙДАШ А.А., СЕНИЦА Л.Н., БАШИРОВ Р.С., БЕЛЫЙ В.И., БАБЕНКО О.А., КОЛКУТИН В.В., ВОЛКОВ А.В., ДЕНИСОВ А.В., РАДИЩЕВСКАЯ Н.И., ТАРБОКОВ В.А. НАНОКАНАЛЬЦЫ, ПОРИСТОСТЬ И СТРУКТУРНЫЕ СВОЙСТВА ВОДЫ И МИНЕРАЛЬНОЙ ФАЗЫ КОСТНОГО МАТРИКСА ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ.....	21
АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., ИВАНОВ В.В., КРУЧИННИН Е.В. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....	6	ГАЛЯН А.Н., ПОПОВ О.С., ЖДАНОВ В.В., ФОМИНА Т.И., СТАВРОВА Л.А., УДУТ В.В. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....	22
АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., КРУЧИННИН Е.В., ИВАНОВ В.В. КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	8	ГИБАДУЛИНА И.О., ГИБАДУЛИН Н.В., ТЕЛИЩКИЙ С.Ю. ВЫБОР СПОСОБА ДРЕНИРОВАНИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА.....	24
АУТЛЕВ К.М., ЯНИН Е.Л., КРУЧИННИН Е.В., ИВАНОВ В.В. МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАЦИИ СКОПИНАРО. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ.....	9	ГИБАДУЛИН Н.В., ГИБАДУЛИНА И.О., ТРЫНОВ С.Н. К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА.....	25
БАТИСКИН С.А. ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНЫХ АМПУТАЦИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	10	ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ТРОАКАРНОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЕЙ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЕЙ В ХИРУРГИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА.....	26
БАШИРОВ С.Р., БАШИРОВ Р.С., ШУМАЕВ М.Д., ЕКИМОВ С.С. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	10	ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С. МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЯ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.....	27
БАШИРОВ С.Р., СЕМАКИН Р.В., БАШИРОВ Р.С., ГАЙДАШ А.А., ТРИФОНОВ М.Н. ПЕРВИЧНЫЙ ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩИХ ОПУХОЛЯХ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	12	ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ М.С. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ.....	28
БАШИРОВ С.Р., ТРИФОНОВ М.Н., БАШИРОВ Р.С., ГАЙДАШ А.А., СЕМАКИН Р.В. ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКТЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ ВНУТРЕННЕГО СФИНКТЕРА, ГЛУБОКОЙ ПОРЦИИ НАРУЖНОГО СФИНКТЕРА И ЛЕВАТОРОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НА АНАЛЬНЫЙ КАНАЛ.....	13	ДИБИНА Т.В. СОСТОЯНИЕ ПОРТОПЕЧЕНОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ФОНЕ ХОЛЕЛИТИАЗА ПРИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНОЙ СОНОГРАФИИ.....	29
БУРДИН В.В., ДРОЗДОВ С.С. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСИММЕТРИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ.....	14		



ДИБИНА Т.В. УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ МОТОРНО-ЭВАКУТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	30	КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., РАДИОНОВ И.А. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВАННОГО ЛЕЧЕБНОГО АЛГОРИТМА БОЛЬНЫМ СТЕРИЛЬНЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	45
ДИБИНА Т.В., ТРОФИМОВ К.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	32	КРИВОШАПКИН А.Л., ДУЙШОБАЕВ Ф.Р., АНИЩЕНКО В.В., МЕЛИДИ Е.Г. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ И ТРАДИЦИОННОЙ СИМПАТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	45
ЕФРЕМОВА О.Р., КОРОТКЕВИЧ А.Г. СТРУКТУРА ИЗМЕНЕНИЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПАПИЛЛЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖКБ.....	33	ЛИШОВ Е.В., ЦИГЕЛЬНИК А.М., ШАПКИН А.А., НОСОВ В.Г., ОСТАПЕНКО Г.О., КОСТЮКОВА Н.В. МЕДИАСТИНИТ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ.....	48
ЕФРЕМОВА О.Р., КОРОТКЕВИЧ А.Г. ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.....	34	ЛИШОВ Е.В., ЦИГЕЛЬНИК А.М., ШАПКИН А.А., ОСТАПЕНКО Г.О., КОСТЮКОВА Н.В. МЕДИАСТИНИТ: СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.....	49
ЖЕРЛОВ Г. К., КОЗЛОВ С.В., КАРАСЬ Р.С. ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ.....	34	МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г. ОПЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА.....	50
ЖЕРЛОВ Г.К., КОЗЛОВ С.В., КАРАСЬ Р.С. СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	35	МАРИНИЧ Я.Я., КОРОТКЕВИЧ А.Г. ЧАСТОТА ЭРОЗИВНОГО РЕФЛЮКС- ЭЗОФАГИТА В СТРУКТУРЕ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	51
ЗОЛОВЕВ Д.Г. СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В КОНТРАТЕРАЛЬНОЙ КОНЕЧНОСТИ ПОСЛЕ ПОЛУЗАКРЫТОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ ИЗ ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОГО СЕГМЕНТОВ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ.....	36	МЕДВЕДЕВ А.С., КРУГЛОВ В.Г. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БУЛЬБАРНЫХ ЯЗВ.....	52
КЕМЕРОВ С.В. ЗАБРЮШИННАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ТЕРМИНАЛЬНОГО ПЕРИТОНИТА.....	37	МЕДВЕДЕВ А.С., КРУГЛОВ В.Г. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ.....	54
КЕМЕРОВ С.В. ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ КАЛОВОМ ПЕРИТОНИТЕ, ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОГО НЕКРОЗА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С СИНДРОМОМ ЛЕРИША.....	38	МЕРЗЛИКИН Н.В., БАРАБАШ В.И., СОРОКИН Р.В., КУЗНЕЦОВ А.В. ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ФЛЕГМОНОЙ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ.....	55
КЕМЕРОВ С.В., ЖЕРЛОВ Г.К., СТЕПИН Д.А. СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА.....	39	МОСОЛКОВ В.Ю. РОЛЬ АРЕФЛЮКСНОЙ ЕЮНОСТОМЫ В ВЕДЕНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПИЩЕВОДА.....	56
КЕМЕРОВ С.В., СТЕПИН Д.А., КРУГЛОВ В.Г. ТАКТИЧЕСКИЕ И ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ ОБЩЕГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА.....	40	ОСИПОВ Б.Б., БАРАНОВ А.И., КРУГЛЯКОВ О.О., ТЕЛЕГИН А.В., ХАНДОГИН Н.В. ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ.....	57
КИСЛОВ Э.Е., ПАНФИЛОВ С.Д., БАТРАКОВ А.М., КАБИРОВ А.В., ВАСИН А.С., ГРАЧЕВ А.М., КИРЬЯНОВА Е.В. ОСЛОЖНЕНИЯ НЕРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	41	ОСКРЕТКОВ В.И., ГАНКОВ В.А., ГУРЬЯНОВ А.А., КЛИМОВ А.Г., АНДРЕАСЯН А.Р., ФЕДОРОВ В.В., БУБЕНЧИКОВ С.П. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОТЕЗИРУЮЩАЯ ХИАТОПЛАСТИКА ПРИ ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ.....	58
КОНОВАЛОВ А.А., БАРАНОВ А.И., АЛЕКСЕЕВ А.М., ВАЛУЙСКИХ Ю.В., АКСЕНЕНКО А.В. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.....	42	ОСКРЕТКОВ В.И., КЛИМОВ А.Г., ГАНКОВ В.А., ГУРЬЯНОВ А.А., ФЕДОРОВ В.В., АНДРЕАСЯН А.Р. ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ХИМИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	59
КОШЕЛЬ А.П., БАРАНОВ А.И., КРУГЛОВ В.Г., МЕДВЕДЕВ А.С. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	43		
СПОРНЫЕ И СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ			



ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., КАРМАДОНОВ А.В. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ СЕРОМЫ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ НАДАПОНЕВРОТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРЮШНОЙ СТЕНКИ.....	60	ХВАЩЕВСКИЙ А.И., ТИХОНОВ В.И., КОНОВАЛОВ С.Н., ПОЛОНЯНИН И.В., ВОЛКОВ А.Н. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ТЕХНИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОПИСТОРХОЗОМ.....	68
ПОЛУЭКТОВ В.Л., РЕЙС Б.А., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ А.С., МАКАРОЧКИН М.Н. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ.....	61	ЦИГЕЛЬНИК А.М., ЛИШОВ Е.В. ЛАПРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ СЕЛЕЗЕНКИ.....	70
ПОПОВ К.М., ДАМБАЕВ Г.Ц., БЕЛОУСОВ Е.В., СОЛОВЬЕВ М.М., ГРИЩЕНКО М.Ю., ПОПОВ А.М. СПОСОБ СИМУЛЬТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.....	61	ЦИГЕЛЬНИК А.М., ЛИШОВ Е.В., ШАПКИН А.А., ВЕРТКОВ А.Г., НОСОВ В.Г. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ МЕДИАСТИНОМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МЕДИАСТИНИТА.....	71
РАДИОНОВ И.А., КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., ШИН И.П. ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.....	62	ЧИРЬЕВ А.И., АКСЕНЕНКО А.В. АНТИМИКРОБНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТМОРОЖЕНИЙ.....	72
РЕЗАНЦЕВА Н.П. УЗЛОВОЙ ЗОБ: НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ.....	63	ЧИРЬЕВ А.И., АКСЕНЕНКО А.В., ЧИРЬЕВ А.А. ЗАКРЫТАЯ ФАСЦИОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ КРАШ-СИНДРОМА.....	72
СЕРЕБРЕННИКОВ В.В., БАРАНОВ А.И., ВАЛУЙСКИХ Ю.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ПАХОВОМ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ ИЗ МИНИДОСТУПА.....	64	ЧИРЬЕВ А.А., ЧИРЬЕВ А.И., АКСЕНЕНКО А.В. ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	73
СТЕПИН Д.А. КОМБИНИРОВАННАЯ СПИНО-ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ, АНАЛГЕЗИЯ КАК ВАРИАНТ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОНКОЛОГИИ.....	66	ЧИРЬЕВ А.И., ЧИРЬЕВ А.А., АКСЕНЕНКО А.В. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	73
СТЕПИН Д.А., ЖЕРЛОВ Г.К., ШИПАКОВ В.Е. СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА И МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	67	ШИЛИН М.В., ШИЛИН В.М. НОВЫЙ СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ИЛЕОТРАНСВЕРЗОАНАСТОМОЗА.....	74
		ШИП С.В., ХВАЩЕВСКИЙ А.И., СЕМЫКИНА Н.В. РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	76
		ШИРОКОПОЯС А.С. К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АНАЛЬНОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ ПОСЛЕ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	77

СПОНСОРЫ ВЫПУСКА:

КОМПАНИЯ «ДАНКО» – сеть ортопедических салонов
ООО «СИБИРСКОЕ ЗДОРОВЬЕ» – ремонт и сервисное обслуживание медицинской техники
SOLVAY PHARMA
NYCOMED
ASTRA ZENECA
ООО «ЭФА МЕДИКА» (филиал в г. Новокузнецк) – производство, поставка,
сервис эндовидеохирургического оборудования