



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: 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:

А.А. Черных
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», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М.,
Колбаско А.В., Калентьева С.В. – ответственный секретарь,
Подолужный В.И. – зам. главного редактора, Чуряев Ю.А.

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), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Селдцов А.М. (Кемерово), Сергеев А.С. (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), V. Vaks (London, Great Britain).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН

Спецвыпуск № 8 – 2009



ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 8-2009: СПОРНЫЕ И СЛОЖНЫЕ ВОРОСЫ ХИРУРГИИ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ. Материалы II межрегиональной научно-практической конференции, Новокузнецк, 23 октября 2009 г. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2009. — 86 с.

Спецвыпуск содержит материалы II межрегиональной научно-практической конференции «СПОРНЫЕ И СЛОЖНЫЕ ВОРОСЫ ХИРУРГИИ. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ».

Редакционная коллегия выпуска:

Главный редактор д.м.н. А.И. Баранов

Редакционный совет:

профессор, д.м.н. А.Г. Короткевич

доцент, к.м.н. Ю.В. Валуйских

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
ФГУ «НОВОКУЗНЕЦКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ФМБА РОССИИ»

СПИСОК СПОНСОРОВ:

КОМПАНИЯ ДАНКО – СЕТЬ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ САЛОНОВ

ООО «СИБИРСКОЕ ЗДОРОВЬЕ» ремонт и сервисное обслуживание медицинской техники

ASTRA ZENESA

ООО «ЭФА медика» филиал в г. Новокузнецк,
производство, поставка, сервис эндовидеохирургического оборудования

Медицинская компания ОМЕД

ООО «Пауль Хартманн Сибирь»

ООО «БИОТЕХ»

GlaxoSmithKline

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2009 г.

Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте www.medpressa.kuzdrav.ru

АНИСИМОВ А.Ю., АББАСЗАДЕ Т.Н.
*Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
ГУ Межрегиональный клинико-диагностический центр МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия*

НЕИНВАЗИВНЫЙ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В практике хирургической герниологии термографическая семиотика раневых осложнений у больных с большими вентральными грыжами (БВГ) разработана не достаточно. В связи с этим, **целью нашего исследования** явилась клиническая оценка возможностей использования инфракрасной цветной жидкокристаллической термографии и дистанционного тепловидения в диагностике раневых осложнений при герниопластике БВГ.

Нами проведено комплексное клинико-лабораторное, ультразвуковое и термографическое исследование 30 больных, прооперированных по поводу БВГ (W3 и W4 по A. Rath и J. Chervrel, 1999). Термографию выполняли с помощью инфракрасной камеры ThermoCAM P 65. Кроме того, термография выполнена у 20 здоровых добровольцев.

При термографии здоровых людей (группа 1) регистрировали участки кожи с разными спектрами цвета (от белого до синего). Однако четкой локализации каждого участка спектра цвета, характерного для патологического процесса, не наблю-

дали. У 27 больных с гладким послеоперационным течением (группа 2) белый спектр цвета занимал преимущественно область послеоперационной раны передней брюшной стенки. Минимальная температура тела – 35°C, максимальная – 36,7°C. У 3 больных с послеоперационными серомами и инфильтратами (группа 3) белый и красный спектры цвета были распределены преимущественно в области послеоперационной раны. При этом отчетливо контурировались расширенные сосуды передней брюшной стенки. Минимальная температура тела – 37,2°C, максимальная – 38,2°C. У всех трех пациентов были выполнены пункции жидкостных скоплений под УЗИ контролем.

Таким образом, анализ полученных результатов убедительно продемонстрировал, что неинвазивный мониторинг состояния пациента с помощью термографии тепловизором ThermoCAM P65 дает объективную информацию о скоплении серозного отделяемого в послеоперационной ране, что позволяет предупредить развитие ее нагноения и, тем самым, улучшить ближайшие результаты лечения.

АНИСИМОВ А.Ю., АББАСЗАДЕ Т.Н.
*Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
ГУ Межрегиональный клинико-диагностический центр МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Профилактика раневых осложнений после герниопластики, особенно по поводу больших вентральных грыж (БВГ), разработана недостаточно. В связи с этим, **целью нашего исследования** явилась сравнительная оценка эффективности профилактики раневых осложнений после герниопластики БВГ с использованием дренирования раны по Редону, аргон плазменной коагуляции и дренажной системы «UNOVAC».

За период с 01.08.2007 по 01.07.2009 года по поводу наружных грыж нами было оперировано

309 человек (28,3 %), из них 62 (20,1 %) – по поводу БВГ (W3 и W4 по A. Rath и J. Chervrel, 1999). Для герниопластики «inlay» и «sublay» использовали проленовую сетку «Герниамеш». По способу обработки мягких тканей в операционной ране (ОР) и дренирования все пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1 группе (30 пациентов) какой-либо специальной обработки ОР не проводили. Дренирование выполняли с помощью «гармошки» Редона. Во 2 группе (32 пациента) на завершающем этапе операции проводили тщатель-

ную аргон плазменную коагуляцию мягких тканей в ОР электрохирургическим генератором FORCE FX-8CA с блоком подачи газа аргон FORCEARGONEP-8. Дренировали ОР системой «UNOVAC».

В первой группе серозную экссудацию из ОР в течение 5-7 суток наблюдали у 18 пациентов (60 %), среди них у 7 (38,7 %) образовалась серома со сроками экссудации 14-16 суток. Инфильтрат в области ОР наблюдали у 5 пациентов (16,7 %). Сроки пребывания в стационаре пациентов 1 группы составили 17 ± 2 суток. Во 2 группе серозную экссудацию в течение 3-4 суток наблюдали у 11 пациентов (34,4 %), среди них серома образовалась у 2 пациентов (18,2 %) со сроками экссу-

дации 5-7 суток. Инфильтрат в области ОР имел место у 2 пациентов (6,3 %). Длительность пребывания в стационаре пациентов 2 группы составила $10 \pm 1,5$ суток.

Таким образом, использование аргон плазменной коагуляции мягких тканей в ОР и дренажной вакуумной системы «UNOVAC» при герниопластике по поводу БВГ позволяет уменьшить длительность серозной экссудации из раны с 5-7 до 3-4 суток, сократить развитие серомы с 38,7 % до 18,2 %, инфильтратов ОР — с 16,7 % до 6,3 %, длительность лечения — с 17 ± 2 до $10 \pm 1,5$ суток и, тем самым, улучшить ближайшие результаты лечения.

АНИСИМОВ А.Ю., АНДРЕЕВ А.И.

*Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
г. Казань, Россия*

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

В г. Казань с числом населения 1 млн. 90 тыс. человек в общегородской структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит (ОП) прочно занимает третье место (11,7 %) после острого аппендицита (36,3 %) и острого холецистита (21,1 %). Высокой и без тенденции к снижению остаётся госпитальная (5,5 %) и послеоперационная (26,2 %) летальность при ОП. При инфицированном панкреонекрозе (ИП) с развитием местных гнойных осложнений, формированием выраженной системной воспалительной реакции, сепсиса и полиорганной недостаточности летальность достигает 30,1 %.

В связи с этим, **целью настоящего исследования** явилось улучшение результатов лечения больных распространенными формами ИП на основании дифференцированного подхода к выбору методов оперативного лечения при различных разновидностях гнойных осложнений.

За период с 1999 по 2009 годы мы наблюдали 126 больных ИП с гнойно-некротическими осложнениями. Из них, мужчин было 80 (63,5 %), женщин 46 (36,5 %). В возрасте от 15 до 39 лет было 32 человека (25,4 %), от 40 до 59 лет — 56 (44,4 %), от 60 и старше — 38 (30,2 %). Показаниями к операции явились: к экстренной — распространенный панкреатогенный перитонит у 86 больных (68,2 %); к срочной — отсутствие положительного ответа на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение трех суток от начала заболевания у 24 (19,1 %); к отсроченной — гнойно-септические осложнения (расплавление и секвестрация ПЖ, абсцесс сальниковой сумки,

флегмона забрюшинной парапанкреатической клетчатки) у 16 (12,7 %).

Во время операции воспалительный процесс в области головки и тела ПЖ был у 39 больных (30,9 %), тела и хвоста — у 52 (41,3 %), тотальное поражение паренхимы — у 35 (27,8 %). Геморрагический панкреонекроз имел место у 103 человек (81,7 %), жировой — у 23 (18,3 %). Обязательным условием было однотипное решение хирургического доступа (верхне-срединная лапаротомия с аппаратной коррекцией 4 ретракторами Сигала-Кабанова) и этапа некрэксвестрации (выполнение ее в максимально возможном объеме с сохранением естественных ограничивающих структур — брюшины мезентериального синуса и брыжейки ободочной кишки). В зависимости от характера дренирующей операции все больные были разделены на две группы.

В первую группу вошли 84 пациента (66,7 %) с «закрытым» методом дренирующих операций. Техническое решение этого метода предполагало имплантацию нескольких многоканальных силиконовых дренажных конструкций в комбинации с дренажом Пенроза для введения антисептических растворов в очаг некротической деструкции с постоянной активной аспирацией. Дренажи выводили через широкие контрапертуры в пояснично-боковых отделах живота. «Закрытый» метод дренирования предполагал выполнение повторных вмешательств только «по требованию».

Вторую группу составили 42 больных (33,3 %) с «открытым» методом дренирующих операций. Техническое решение было обеспечено выполне-

нием программируемых ревизий и санаций забрюшинного пространства через широкую панкреатооментобурсостому.

Об эффективности лечения по группам судили на основании оценки количества и характера послеоперационных осложнений, детоксикационного, иммунокорректирующего эффектов, летальности и сроков стационарного лечения у больных с благоприятным исходом.

«Закрытый» метод дренирующих операций в 34 % случаев оказался неэффективным, что вынудило выполнить повторные вмешательства «по требованию». Основным недостатком такой операции было отсутствие достаточных условий для отхождения секвестров, адекватной эвакуации тканевого детрита и некротических масс. Это привело к прогрессированию гнойного процесса с развитием тяжелой интоксикации. Летальность – 42,9 %, количество послеоперационных осложнений – 43 %,

сроки стационарного лечения у пациентов с благоприятным исходом – $39,4 \pm 4,6$ суток.

«Открытый» метод дренирующих операций обеспечивал беспрепятственный доступ к зонам панкреатической деструкции при выполнении этапных некрсеквестрэктомий. Летальность – 19 %, количество послеоперационных осложнений – 18 %, сроки стационарного лечения у пациентов с благоприятным исходом – $29,7 \pm 3,7$ суток.

Таким образом, анализ результатов исследования позволяет согласиться с мнением В.С. Савельева с соавт. (1996) о том, что метод программированных этапных санаций и некрсеквестрэктомий при ИП не столь травматичен, как это можно было ожидать, что отчетливо проявляется уже через 3-4 санационных вмешательства. Лечение больных ИП должно проводиться в специализированных хирургических центрах, имеющих клинический опыт, материальное и кадровое оснащение.

АНИСИМОВ А.Ю., ГАЛИМЗЯНОВ А.Ф., КУЗНЕЦОВ М.В.,
САНГАДЖИЕВ С.Б., АНДРЕЕВ А.И.

*Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
ГУ Межрегиональный клиничко-диагностический центр МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия*

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Целью работы явился анализ результатов лечения больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ) для внедрения в клиническую практику дифференцированного подхода к выбору шунтирующих и нешунтирующих операций.

За период с 01.01.07 по 01.01.09 года в плановом порядке нами было оперировано 37 больных с ПГ различного генеза и высоким риском кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Больных циррозом печени (ЦП), осложненным внутривенечной ПГ, было 29 (78,4 % наблюдений), внепеченочной портальной гипертензией – 8 (21,6 % наблюдений). Из 29 больных ЦП по критериям Чайлда-Пью к классу «А» были отнесены 16 больных (55,2 %), из них, портокавальное шунтирование (ПКШ) выполнено у 10 больных, в том числе мезентерикокавальный анастомоз (МКА) «Н»-типа с сосудистой вставкой из аутолены – у 1, дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) «конец в бок» – у 6, дистальный спленоренальный анастомоз «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой – у 3. Прошивание ВРВПЖ было выполнено у 6 больных. К классу «В» были отнесены 13 пациентов (44,8 %), из них ПКШ выполнено у 4-х, в том

числе ДСРА «конец в бок»с- у 3, ДСРА «бок в бок» – у 1. Прошивание ВРВПЖ – у 9 больных. У всех 8 пациентов с ВПГ был выполнен МКА, в том числе с верхней брыжеечной веной – у 7, с нижней брыжеечной веной – у 1. МКА «конец в бок» был выполнен у 3, МКА «Н»-типа с синтетической сосудистой вставкой – у 5.

ПКШ, независимо от этиологии ПГ и принадлежности больных ЦП к классу «А» или «В», позволило добиться полного или почти полного исчезновения ВРВПЖ у 19 из 21 оперированного и выписанного больного. В связи с этим, после ПКШ в 90,5 % наблюдений хирургический аспект ЦП мы считали решенным.

После операции М.Д. Пациора добиться полного исчезновения ВРВПЖ не удалось ни в одном случае. Однако, по нашему мнению, в группе пациентов ЦП класса «В» ее применение в плановом порядке вполне оправдано, так как ни одного летального исхода мы у них не наблюдали. Для сравнения, в экстренной ситуации у 28 пациентов ЦП на высоте пищеводно-желудочного кровотечения летальность после прошивания ВРВПЖ составила 37,5 %.

В раннем послеоперационном периоде, в результате срыва компенсаторных механизмов пе-

ночной функции вследствие редукции печеночного кровотока, умер один больной ЦП. Ему был выполнен МКА «Н»-типа с сосудистой вставкой аутовеной. После спленоренальных анастомозов и операции М.Д. Пациора летальности в раннем послеоперационном периоде не было. В течение года наблюдения после операции М.Д. Пациора скончался один больной. Причиной смерти явилась печеночная недостаточность вследствие рецидива пищеводно-желудочного кровотечения.

Тромбоз шунта наблюдали у двух пациентов ЦП, которым был выполнен ДСРА «конец в бок». В обоих случаях имели место интраоперационная травма поджелудочной железы при выделении селезеночной вены, а в раннем послеоперационном периоде — клинические и лабораторные признаки острого панкреатита. У одного из этих пациентов тромбоз шунта развился на пятые сутки послеоперационного периода. Это потребовало экстренной релапаротомии, спленэктомии, деваскуляризации желудка и прошивания ВРВПЖ по М.Д. Пациора. Вторая больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Однако через месяц вновь поступила на высоте пищеводно-желудочного кровотечения вследствие тромбоза шунта. В этой ситуации мы также вынуждены были выполнить релапаротомию, спленэктомия, деваскуляризацию желудка и прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора.

У пациентов с ВПГ летальности не было. Из 8 больных ВПГ в раннем послеоперационном периоде у одного наблюдали длительное, в течение 33 суток, истечение серозной жидкости с примесью лимфы из брюшной полости. Под влиянием консервативных мероприятий и проведения нескольких курсов полного парентерального питания с этим осложнением удалось справиться. Одна пациентка через три месяца после наложения МКА «конец в бок» с нижней брыжеечной веной поступила с явлениями тромбоза шунта. Проведенная консервативная антикоагулянтная терапия позволила стабилизировать состояние.

Таким образом, наш скромный клинический опыт позволяет говорить о том, что в плановом порядке при угрозе пищеводно-желудочного кровотечения у больных ЦП класса «А» операцией выбора следует считать ДСРА. Если топографо-анатомические условия не позволяют выполнить сосудистый анастомоз, то следует выполнить прошивание ВРВПЖ по М.Д. Пациора. В последующем для профилактики возможных рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений у таких больных возможно использование малоинвазивных эндоскопических технологий. У больных ЦП класса «В» операцией выбора должна быть операция М.Д. Пациора. У больных ВПГ операцией выбора следует считать МКА с верхней брыжеечной веной.

АНИСИМОВ А.Ю., ИСАЕВА И.В.

*Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
ГУЗ Республиканский центр медицины катастроф МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия*

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ ПЕЧЕНИ

В клиническом аспекте проблема механических повреждений печени в неотложной хирургии мирного времени далека от приемлемого решения и не менее актуальна, чем в военно-полевой хирургии. В связи с этим, **целью настоящего исследования** явилось клиническое обоснование принципов хирургического лечения пострадавших с механическими травмами печени.

За период с 1987 по 2009 годы из 2283 пострадавших с механическими травмами различных органов брюшной полости, повреждения печени различного генеза встретились у 477 (20,9 %). Среди последних было 383 мужчины (80,3 %) и 94 женщины (19,7 %). В возрасте от 15 до 39 лет было 339 пациентов (71 %), от 40 до 59 лет — 108 (22,6 %), от 60 лет и старше — 30 (6,4 %). То есть, самую большую группу (93,6 %) составили лица работоспособного возраста.

У 241 пациента (50,5 %) повреждения печени были нанесены холодным оружием, у 25 (5,3 %) — огнестрельным, у 211 (44,2 %) — в результате закрытой травмы живота. Изолированные повреждения органа отмечены у 134 пострадавших (28,1 %), множественные — у 161 (33,8 %), сочетанные — у 182 (38,1 %). У 279 человек (58,5 %) степень анестезиологического и хирургического риска увеличивалась наличием травматического шока. В состоянии алкогольного опьянения были доставлены 285 пациентов (59,7 %).

При вскрытии брюшной полости в ней было обнаружено 1220,4 ± 9,44 мл патологического экссудата. В 477 наблюдениях (100 %) это была кровь со сгустками. У части пациентов экссудат имел смешанный характер за счет примеси содержимого тонкой (27), толстой (14) кишок, мочи (16), желчи (28). У 140 человек (29,4 %) обнаружены заб-

рюшинные кровоизлияния различных размеров и локализации. Наиболее часто повреждения локализовались в III, IV, V и VI сегментах печени.

На диафрагмальной поверхности органа повреждения обнаружены у 347 человек (72,7 %), на висцеральной — у 130 (27,3 %). Сочетание нескольких видов повреждений выявлено у 242 пострадавших (50,7 %). У 132 пациентов (62,6 %) с закрытой травмой печени имели место разрывы паренхимы с повреждением капсулы органа, у 54 (25,6 %) — одиночные и множественные трещины, у 25 (11,8 %) — размоложение участков печени. Во всех 241 случаях (100 %) повреждений печени холодным оружием раневые каналы были ровными и зияющими. При огнестрельных травмах у 17 пострадавших (68 %) мы наблюдали сквозные повреждения, у 8 (32 %) — множественные разрывы, располагающиеся в области входного отверстия и распространяющиеся по диафрагмальной и висцеральной поверхности печени. У 14 человек (2,9 %) имело место одновременное повреждение печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

Считая главным принципом оперативного вмешательства по поводу травм печени скорейшую остановку кровотечения, лапаротомию во всех случаях выполняли под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. Наш клинический опыт позволяет говорить о том, что преобразование срединной раны методом аппаратной коррекции четырьмя ретракторами Сигала-Кабанова значительно изменяет в лучшую сторону условия доступа к подавляющему большинству ранее плохо доступных отделов печени. Однако и в этом случае манипуляции на диафрагмальной поверхности правой доли печени затруднены. В этой ситуации мы дополняли аппаратную коррекцию по методу Сигала мобилизацией правой доли печени путем пересечения ее серповидной и правой треугольной связок. В результате, условия для выполнения операций практически на всех отделах печени были наиболее благоприятными.

После вскрытия брюшной полости оперативное пособие проводили в следующей последовательности: 1) выявляли источник с временной или окончательной остановкой кровотечения; 2) повторно ревизовали брюшную полость; 3) корригировали повреждения других органов; 4) интубировали в случае необходимости тонкую кишку; 5) санировали и дренировали брюшную полость и забрюшинное пространство; 6) закрывали лапаротомную рану; 7) выполняли хирургическую обработку входных и выходных ран.

Из методов хирургического лечения повреждений печени применяли гемостатический (узловой или «П»-образный) шов у 375 пациентов (78,6 %), атипичную резекцию печени у 23 (4,8 %), тампонаду раны прядью большого сальника «на ножке» у 12 (2,5 %). Кроме того, у части пострадавших выполнили симультанные операции: спленэктомию у 31 большого (6,5 %), шов или резекцию тонкой или толстой кишки у 41 (8,6 %), нефрэктомия у 9 (1,9 %), шов мочевого пузыря с наложением надлобкового внебрюшинного свища у 6 (1,3 %), торакотомия у 18 (3,8 %), холецистэктомия у 14 (2,9 %), сосудистый шов нижней полой или воротной вен у 4 (0,8 %), выключение 12-перстной кишки у 3 (0,6 %).

Из 477 пострадавших умерли 64 (13,4 %). При закрытых травмах печени летальность составила 12,3 %, при повреждениях холодным оружием — 9,5 %, при огнестрельных ранениях — 60 %. У всех умерших были множественные или сочетанные травмы печени, массивная кровопотеря и глубокие степени шока.

Таким образом, наш клинический опыт дает нам право говорить о том, что механические повреждения печени входят в группу наиболее опасных для жизни травм. Пострадавшие с травмами печени требуют скорейшего проведения оперативного вмешательства, как главного элемента противошокового реанимационного пособия в соответствии с приведенными выше принципами хирургического лечения.

АНИСИМОВ А.Ю., ИСАЕВА И.В.

Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
ГУЗ Республиканский центр медицины катастроф МЗ Республики Татарстан,
г. Казань, Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Целью настоящего исследования явилось совершенствование хирургической тактики на основе анализа результатов лечения пострадавших с механическими повреждениями поджелудочной железы (ПЖ).

За период с 1990 по 2009 годы мы наблюдали 1949 пациентов с травмами различных органов брюшной полости, в том числе ПЖ – 64 (3,3 %). Среди последних было 50 мужчин (78,1 %) и 14 женщин (21,9 %). В возрасте от 15 до 39 лет было 40 человек (62,5 %), от 40 до 59 лет – 21 (32,8 %) от 60 лет и старше – 3 (4,7 %). Повреждения ПЖ были нанесены холодным оружием у 16 человек (25 %), огнестрельным оружием у 2 (3,1 %), в результате закрытой травмы живота у 46 (71,9 %). У 39 больных (60,9 %) травма была сочетанной, у 19 (29,7 %) – множественной и только у 6 (9,4 %) отмечены изолированные повреждения органа.

Характер повреждения определяли по рабочей классификации А.К. Ерамишанцева с соавт. (1994). Однако следует заметить, что подкапсульные гематомы без разрыва капсулы (I степень) в подавляющем большинстве наблюдений были лишь минимальной составной частью повреждений других органов. Такой характер травмы ПЖ мы не считали основанием для вмешательства на последней, и не включали в анализ.

Пострадавших со II степенью (повреждения ПЖ без разрыва главного панкреатического протока) было 51 человек (79,7 %), с III (повреждения ПЖ с разрывом главного панкреатического протока) – 10 (15,6 %), с IV (панкреатодуоденальные повреждения) – 3 (4,7 %). В IV группу мы включили пациентов с полными дефектами стенки 12-перстной кишки в забрюшинной части органа, ибо такое повреждение, на наш взгляд, требовало специфического объёма оперативного вмешательства (отключение 12-перстной кишки от привратника с наложением гастроэнтероанастомоза). Степень хирургического риска у 47 человек (73,4 %) увеличивалась наличием травматического шока; 45 пострадавших (70,3 %) поступили в состоянии алкогольного опьянения.

Если при открытых, сочетанных и множественных повреждениях ПЖ проблем с диагностикой не возникало, то при закрытой изолированной трав-

ме ПЖ клиническая картина была стёртой. Так, мы наблюдали двух пациентов с изолированными полными поперечными разрывами ПЖ на сроках 4 и 6 суток с момента агрессии. Объясняем это топографическими особенностями органа (глубина залегания, ретроперитонеальное расположение, изолированность полости малого сальника) и отсутствием массивной кровопотери. Именно поэтому, проводя медицинскую сортировку, с целью сокращения времени диагностического поиска, выделяли две группы лиц:

- а) с достоверной клинической картиной повреждения органов брюшной полости;
- б) все остальные.

В последней при малейшем подозрении на травму ПЖ выполняли диагностическую пункцию брюшной полости методом «шарящего» катетера.

Исходя из того, что интраоперационная тактика при различных повреждениях ПЖ вызывает бурные дискуссии, при выполнении оперативного вмешательства соблюдали ряд обязательных принципов:

1. Аппаратная коррекция широкого срединного абдоминального доступа четырьмя ретракторами Сигала-Кабанова.
2. Минимальный объём хирургической агрессии, ограниченный только мероприятиями по ликвидации жизнеопасных осложнений травмы. Швы на дефект тканей ПЖ наложены в 52 наблюдениях (81,3 %). Различные виды резекции органа выполнены 12 пострадавшим (18,7 %).
3. Разгрузочная холецистостомия.
4. Санация брюшной полости методом интраоперационной локальной абдоминальной гипотермии.
5. Интубация тонкой кишки 2-х просветными хлорвиниловыми зондами.
6. Широкая оментобурсопанкреатостомия с последующими этапными ревизиями и санациями полости малого сальника.

Из 64 наблюдаемых больных умерли 18 человек (28,1 %). При закрытой травме ПЖ – 11 (23,9 %), при ранениях последней – 7 (38,9 %). От травм, не совместимых с жизнью, умерли 11 больных (61,1 %). У остальных ведущим осложнением после операции, приведшим к летальному исходу, был панкреатит.

Таким образом, возможности вышеизложенной хирургической тактики у пострадавших с повреждениями ПЖ, на наш взгляд, далеко не исчерпаны.

реждениями ПЖ, на наш взгляд, далеко не исчерпаны.

АНИСИМОВ А.Ю., МУСТАФИН Р.Р.
Казанская государственная медицинская академия,
МУЗ Городская больница скорой медицинской помощи № 1,
г. Казань, Россия

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

За период с 2002 по 2009 годы мы наблюдали 118 больных распространенным перитонитом (РП). Причинами возникновения РП явились острый аппендицит у 32 больных, перфорации язв желудочно-кишечного тракта у 25, травмы живота у 25, послеоперационный перитонит у 12, острая непроходимость кишечника у 11, деструктивный холецистит у 9, ущемленные грыжи у 4. Мужчин было 78 (66,1 %), женщин – 40 (33,9 %). В возрасте от 15 до 39 лет было 63 человека (53,4 %), от 40 до 59 лет – 37 (31,4 %), от 60 лет и старше – 18 (15,2 %). Сроки от начала заболевания до операции у 43 больных (36,4 %) составили менее 24 часов, у 64 (54,2 %) – от 24 до 72 часов, у 11 (9,3 %) – более 72 часов.

При вскрытии брюшной полости у 98 пациентов (83,1 %) был обнаружен гнойно-фибринозный экссудат, у 5 (4,2 %) – гнойно-желчный, у 4 (3,4 %) – гнилостный, у 11 (9,3 %) – каловый. У 97 больных (82,2 %) имел место диффузный распространенный перитонит, у 21 (17,8 %) – диффузный общий перитонит. Сопутствующие заболевания в виде сердечно-сосудистой, бронхо-легочной патологии, сочетанной травмы с явлениями шока, сахарного диабета были отмечены у 51 пациента (43,2 %).

Всех больных с РП разделили на две относительно репрезентативные группы. В первую группу вошли 44 человека, которым после ликвидации источника воспаления было выполнено многократное промывание брюшины антисептическим раствором, предварительно подогретым до температуры +40°C (гипертермическая санация). Вторую группу составили 74 пациента, которым интраоперационная санация брюшины была выполнена с помощью устройства «Гейзер» растворами, предварительно охлажденными до температуры +4-6°C (интраоперационная локальная абдоминальная гипотермия). Для купирования ответной реакции организма на охлаждение, непосредственно перед процедурой выполняли блокаду рефлексогенных зон корня брыжейки тонкой и толстой кишок S. Novocaini 0,25 % – 100-120 мл.

Гипертермическая санация брюшины в течение часа после процедуры вела к повышению от исходных величин наружной температуры тела на $0,9 \pm 0,03^\circ\text{C}$, температуры тела в пищеводе на $0,27 \pm 0,02^\circ\text{C}$, температуры тела в прямой кишке на $0,41 \pm 0,02^\circ\text{C}$ ($p > 0,05$). Это, по нашему мнению, не позволяет говорить о влиянии гипертермической санации на уровень обменных процессов при РП. Напротив, после ИЛАГ в течение часа имело место статистически достоверное снижение наружной температуры тела на $1,54 \pm 0,03^\circ\text{C}$, температуры тела в пищеводе на $1,09 \pm 0,03^\circ\text{C}$, температуры тела в прямой кишке $2,27 \pm 0,03^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$). Другими словами, локальное воздействие холода на брюшину вело к развитию общей гипотермии, глубина которой была незначительной. Анализ эволюции параметров центральной гемодинамики у больных первой группы показал, что изменения были статистически недостоверны ($p > 0,5$).

Таким образом, по нашему мнению, говорить о гемодинамическом эффекте гипертермической санации не представляется возможным. В то же время, при локальном охлаждении брюшины было достигнуто повышение системного систолического и системного диастолического давления и урежение пульса ($p < 0,5$). Гипертермическая санация вела к увеличению концентрации молекул средней массы в сыворотке крови в 1,03 раза, снижению диеновых конъюгатов в 1,2 раза, по сравнению с исходными величинами. Напротив, после ИЛАГ концентрация молекул средней массы в сыворотке крови уменьшилась в 1,24 раза, а диеновых конъюгатов – в 1,35 раза по сравнению с исходными величинами.

Послеоперационные осложнения в первой группе были зарегистрированы у 30 больных (68,2 %), во второй группе – у 22 (29,7 %). Применение ИЛАГ в комплексном лечении РП позволило снизить количество динамической непроходимости кишечника с 13,6 % до 1,4 %, нагноений срединной раны – с 11,4 % до 4,1 %, интоксикационных делириев – с 11,4 % до 5,4 %, внутрибрюшинных абсцессов – с 9,1 % до 2,7 %, эвентраций кишеч-

ника — с 6,8 % до 2,7 % ($p < 0,05$). Летальность в первой группе составила 22,7 %, во второй группе — 16,2 %.

Таким образом, наш скромный клинический опыт позволяет говорить о целесообразности вклю-

чения ИЛАГ в комплексную лечебную программу РП. В то же время, ИЛАГ не является самостоятельным методом лечения. Ее необходимо сочетать с остальными общепринятыми терапевтическими мероприятиями.

АНИЩЕНКО В.В., РЕПИН В.Е., СЕМЕНОВ С.А.,
ХАЛЬЗОВ А.В., ШМАКОВА Е.А.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск — Гл. ОАО «РЖД»,
г. Новосибирск*

ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА МИКРОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ МАЛАБСОРЦИИ ПОСЛЕ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

В данном сообщении анализируется возможность купирования дизентерии кишечника в послеоперационном периоде у 48 пациентов с выполненным билиопанкреатическим шунтированием по поводу ожирения.

По нашим наблюдениям, каждый третий пациент в послеоперационном периоде отмечает резко выраженное брожение, метеоризм, крайне неприятный гнилостный запах фекалий. При проведении стандартного исследования микрофлоры в ряде случаев было получено наличие группы простейших и в 10 % — наличие гемолитической кишечной палочки с высоким титром. В группе с подтвержденным дисбактериозом пациенты страдали пиодермией с преимущественным поражением лица, головы, что снижало качество жизни. При сравнении дооперационных бак. посевов кала с послеоперационными выявляли не только изменение титра содержания естественной флоры, но и появление новых фенотипов, при этом более выраженные изменения были у пациентов, длительное время принимавших блокаторы протонной помпы. По литературным данным, основной причиной дизентерии считается наличие в просвете толстой кишки большого количества крахмала и жиров вследствие шунтирования. «Избирательная» антибиотикотерапия не имела успеха и, более того, приводила к усилению проявлений дисбактериоза, при этом исчезновения метеоризма и гнилостного запаха не было отмечено.

Задачи исследования. Оценить исходное состояние микрофлоры кишечника, включая анаэробную; оценить динамику развития дисбактериоза после БПШ с выделением основных бактериальных фенотипов, ответственных за газообразование и гнилостный запах; разработать методику избирательной терапии.

Всем пациентам ($n = 48$) до операции и в послеоперационном периоде выполнялись стандартные

посевы на дисбактериоз, из этой группы в 3 случаях в послеоперационном периоде выделялись гемолитические *E. Coli* в большом титре, и еще в двух выделены простейшие, но в подавляющем большинстве соответствия клинической картины и полученных результатов не было.

Во время выполнения БПШ у 18 пациентов взяты мазки из просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК), среднего и терминального отделов тонкого кишечника, из просвета желудка, толстого кишечника, при этом материал погружался в глицерин для исследования в последующем на аэробную и анаэробную флору. В данной группе у 30 % из посевов, взятых из терминальных отделов тонкой кишки, выделена гемолитическая *E. Coli* и низкий титр факультативных анаэробов. Дооперационно в 4 случаях проводилась подготовка к операции — постановка внутрижелудочного баллона, что сопровождалось длительным приемом блокаторов протонной помпы, у этих пациентов во всех отделах кишечного тракта высевалась анаэробная флора.

При выполнении микробиологического исследования мазков кала в ближайшем и отдаленном периодах выполнено разделение аэробной и анаэробной флоры, выделение фенотипов, при этом выделены три фенотипа, ответственных за неприятный гнилостный запах. Выполнены пробы в условиях крахмала как среды роста, при этом прогрессии роста не получено. Необходимо отметить, что рост простейших эффективно подавлялся бактериофагами, что мы применили на практике с отличным клиническим эффектом. Основным результатом проведенного исследования явилось доказательство отсутствия эффективной антибиотикотерапии на рост газообразующей и факультативной анаэробной микрофлоры, ответственной за гнилостный запах. Нами поставлена задача разработки штаммов бактериофагов и комбинации с терапией парабиотиками для регуляции процессов пре-

валирующего роста факультативных анаэробов и газообразующей флоры, при этом получены первые положительные результаты.

Выводы. Проблема энтеробиоза кишечника после выполнения БПШ является актуальной и занимает ведущее место в обеспечении качества жизни пациентов; Длительное применение блокаторов протонной помпы провоцирует рост условно патогенной флоры по всему ЖКТ. В условиях шунтирования щелочной среды и угнетения выработки соляной кислоты нарушаются естественные барьеры для проникновения патогенной и условнопатоген-

ной микрофлоры, что способствовало появлению в просвете кишечника класса простейших.

В условиях наличия длинной шунтирующей петли энтеральная антибиотикотерапия малоэффективна, как и терапия, направленная на повышение титра необходимой сапрофитной флоры, поэтому нами выбрано направление на конкурентную терапию избирательными бактериофагами и парабактериоцидами. К сожалению, желание решить проблему дисэнтеробиоза у пациентов после выполнения БПШ возникает значительно быстрее, чем решение данной проблемы.

АНИЩЕНКО В.В., СЕМЕНОВ С.А., ХАЛЬЗОВ А.В.
*Новосибирский государственный медицинский университет
НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск – Гл. ОАО «РЖД»,
г. Новосибирск*

БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ – АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В течение последних лет у больных морбидным ожирением проводится большое количество оперативных вмешательств, спектр которых весьма широк. При увеличении ИМТ > 45 кг/м оптимальным методом оперативного лечения является билиопанкреатическое шунтирование (БПШ) в различных модификациях. Несмотря на отработанные методики оперативных вмешательств, отмечается наличие ряда тяжелых осложнений послеоперационного периода.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 55 пациентов с морбидным ожирением (ИМТ более 45 кг/м²), которые перенесли операцию билиопанкреатическое шунтирование в различных модификациях: по Скопинаро – 11 (20 %) (5 лапароскопических операций), по Хесс-Марсо – 44 (80 %). Интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде применены следующие диагностические методы исследования: КТ и УЗИ брюшной полости и передней брюшной стенки, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия культи желудка. Проведен анализ правильности выбора метода оперативного лечения в зависимости от индекса массы тела, наличия сопутствующих заболеваний, систематизированы послеоперационные осложнения, даны рекомендации об изменении тактических и технических решений по ходу проведения оперативных вмешательств с целью снижения процента послеоперационных осложнений в дальнейшем.

Результаты. За анализируемый период всего выполнено 56 оперативных вмешательств у 55 больных; возраст пациентов от 29 до 53 лет, женщин – 57 %, мужчин – 43 %. В послеоперационном пери-

оде в 4 случаях (7,2 %) отмечены следующие осложнения (все после БПШ в модификации Хесс-Марсо): поддиафрагмальный абсцесс, постваготомная атония желудка, желчеистечение из брюшной полости, профузное кровотечение в просвет резецированного желудка.

Желчеистечение из брюшной полости (дебет до 400 мл/сутки) продолжительностью до 5 суток возникло из несостоятельной культи пузырного протока, подпеченочное пространство дренировано трубчатым дренажем, дренаж состоятелен, удален из брюшной полости на 7-е сутки. По результатам анализа осложнения было предложено низводить выходной отдел желудка ниже мезоколон, с разведением по разным этажам брюшной полости культи двенадцатиперстной кишки, культи пузырного протока и сформированного гастродуоденоэнтероанастомоза (ниже привратника оставляем 1,5-2 см ДПК) с целью профилактики их несостоятельности.

Профузное кровотечение в просвет культи резецированного желудка возникло на 1-е сутки после проведения БПШ по Хесс-Марсо с применением сшивающих кассет синего цвета. В предоперационном периоде больному, с целью снижения веса и стабилизации состояния, был установлен внутрижелудочный баллон на срок до 5 месяцев, что привело к гипертрофии желудочной стенки по большой кривизне. В месте прохождения катерного шва по гипертрофированной стенке произошло раздавливание и кровотечение в просвет желудка. Попытка эндоскопического гемостаза не удалась, выполнена экстренная релапаротомия с прошиванием желудочной стенки по всей длине непрерывной монофильной нитью.

Постваготомная атония желудка возникла вследствие расширенной мобилизации кардиального отдела желудка. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная терапия в условиях отделения интенсивной терапии, электро- и медикаментозная стимуляция, промывания желудка. Состояние стабилизировано. В дальнейшем при оперативных вмешательствах мобилизации кардиального отдела желудка отводилось повышенное внимание.

Поддиафрагмальный абсцесс справа был дренирован пункционно под контролем УЗИ на фоне антибактериальной терапии.

Все больные выздоровели, послеоперационный койко-день 9. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты отслежены в течение 3-х лет.

Заключение. Проведенный анализ послеоперационных осложнений позволил разработать новую методику проведения пилоросохраняющего БПШ, с разведением культы двенадцатиперстной кишки, культы пузырного протока и дуоденоэнтероанастомоза по разным этажам брюшной полости с целью профилактики их несостоятельности, что позволило в дальнейшем улучшить результаты оперативного лечения больных морбидным ожирением.

АУТЛЕВ К.М., КРУЧИНИН Е.В., ЯНИН Е.Л., ЮСУПОВ А.Р., ИВАНОВ В.В.
ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница»,
Отделение хирургии,
г. Тюмень

АСПЕКТЫ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

В России, по данным Института питания РАМН, ожирение и избыточная масса тела имеются в среднем у 30 % и 25 % городского трудоспособного населения, соответственно. Эксперты ВОЗ предполагают, что эпидемия ожирения будет продолжать распространяться, а число больных с избыточной массой тела к 2025 г. увеличится вдвое.

Избыточная масса тела — самый мощный фактор риска развития сахарного диабета 2 типа, до 90 % пациентов с данным заболеванием страдают ожирением. Излишний вес способствует развитию инсулинорезистентности и компенсаторной гиперинсулинемии, которые и являются патогенетической основой развития СД 2 типа.

Наиболее опасным с позиций высокого сердечно-сосудистого риска является абдоминальное ожирение, способствующее возникновению нарушений липидного спектра крови, наиболее часто проявляющихся дислипидемией, характеризующейся повышенным содержанием свободных жирных кислот, триглицеридов и снижением уровня липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). Сочетание подобных факторов приводит к раннему развитию атеросклероза, ИБС, АГ и уменьшению общей продолжительности жизни.

В течение 4 лет в Тюменской областной клинической больнице выполняется операция билиопанкреатического шунтирования. Оперировано 49 пациентов, страдающих морбидным ожирением, ассоциированным с метаболическим синдромом. Результаты представлены в данной работе.

В результате исследования уровня аполипопротеинов отмечалось достоверное снижение содер-

жания атерогенного апо В — аполипопротеина В после хирургического лечения морбидного ожирения. Уровень апо В в плазме крови отражает общее количество атерогенных фракций ЛП вообще, не относящихся к ЛПВП (не-ЛПВП). Анализ концентрации апо В дает больше преимуществ, поскольку позволяет точно верифицировать пул атерогенных фракций липопротеинов, особенно у пациентов с сахарным диабетом и метаболическим синдромом. Гипертриглицеридемия и апо В рассматриваются в настоящее время как новые валидные критерии оценки кардиоваскулярного риска (Sniderman A.D., 2004). Апо А1 обладает значительным антиатерогенным потенциалом. До операции его уровень находился на нижней границе нормы (125 ммоль/л). После операции уровень Апо А1 достоверно увеличивался. Отношение апо В/апо А1, как маркера кардиоваскулярного риска, обладающего достаточно высокой прогностической ценностью, так же снижалось у больных в динамике наблюдения после оперативного лечения. Результаты изменений аполипопротеинов представлены в таблице.

Опираясь на результаты проведенного исследования, есть основание утверждать, что у больных с морбидным ожирением перед проведением хирургической коррекции избыточной массы тела наблюдались значительные нарушения липидного спектра крови, касающиеся спектра аполипопротеинов.

Таким образом, оперативное лечение морбидного ожирения способствовало нормализации липидного спектра плазмы крови и улучшало показатели функции липидтранспортной системы.



Таблица
Характеристика уровня аполипопротеинов у больных с морбидным ожирением до и после оперативного лечения

Больные с МО (n = 49)	Апо А1, ммоль/л	Апо В, моль/л	Апо В/апо А1
До операции	125,24 ± 6,2	80,6 ± 4,2	0,77 ± 0,07
Через 1 месяц после операции	135,75 ± 6,1	74,54 ± 3,9	0,63 ± 0,05
Через 3 месяца после операции	147,68 ± 6,2	67,85 ± 3,68	0,52 ± 0,04
Через 6 месяцев после операции	158,9 ± 6,3	61,86 ± 3,49	0,43 ± 0,03
Через 1 год после операции	168,99 ± 6,5	56,35 ± 3,4	0,36 ± 0,03
Р	р (1-2), (1-3), (1-4), (1-5), (2-3), (3-4), (4-5) < 0,001	р (1-2), (1-3), (1-4), (1-5), (2-3), (3-4), (4-5) < 0,001	р (1-2), (1-3), (1-4), (1-5), (2-3), (3-4), (4-5) < 0,001

Примечание: r - коэффициент ранговой непараметрической корреляции Спирмена, р - достоверность коэффициента Спирмена.

АУТЛЕВ К.М., КРУЧИНИН Е.В., ЯНИН Е.Л., ЮСУПОВ А.Р., ИВАНОВ В.В.
ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница»,
Отделение хирургии,
г. Тюмень

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ

В медицинскую практику введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». Его рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности помощи пациентам.

Показатель качества жизни в отдаленном периоде является неотъемлемым инструментом анализа эффективности проводимой терапии на любом этапе оказания помощи пациентам. Качество жизни, по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), — «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». Изучение качества жизни позволяет определить факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла.

Анализ результатов исследования, которое оценивало показатели качества жизни у 49 больных с морбидным ожирением, которым проведена операция билиопанкреатического шунтирования с помощью опросника SF-36, установил их достоверное улучшение через 1 год.

При этом отмечено улучшение качества жизни по всем компонентам исследования — физическое функционирование, ролевое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения — физический компонент здоровья и психический.

В группе исследования физический компонент изменился наиболее существенно — с 87,04 ± 31,24 единиц до операции к 188,77 ± 14,53 через год после оперативного лечения. Психический компонент так же претерпел колоссальные изменения, со 181 ± 27,03 единиц до операции к 310,72 ± 27,88 через год после операции.

Улучшение качества жизни обусловлено достоверным улучшением основных показателей жизнедеятельности и метаболических процессов в организме оперированных пациентов. Эффекты операции сохраняются навсегда, более того, операция позволяет оперированным больным жить в дальнейшем без ограничений в пищевом рационе, что создает психологический комфорт.

БАРРЕДО Е.Е., ЛИШОВ Е.В., ПЕРМИНОВ А.А.,
МЕРЗЛЯКОВ М.В., ХИМЧЕНКО Л.А., ХАПАЕВА Т.Н.

*ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница»,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
г. Кемерово*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОНОЙ ПНЕВМОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Ахалазия кардии (АК) — нервно-мышечное заболевание пищевода, характеризующееся функциональной непроходимостью пищевода-желудочного перехода и снижением тонуса пищевода, приводящее к прогрессирующей дисфагии и развитию ряда осложнений (пневмония, эзофагит, плоскоклеточный рак пищевода) (Петровский Б.В., 1966).

Эндоскопическая баллонная катодилатация в настоящее время относится к основным мининвазивным методам лечения АК (Грубник В.В., 2007; Vaезi M.F., 1999). Метод характеризуется высокой эффективностью и низкой частотой рецидивов (Малиновский А.В., 2007). Однако вопрос о показаниях к баллонной дилатации при различной степени ахалазии кардии, а также индивидуальный подбор пациентов к процедуре, остается открытым (Черноусов А.Ф., 2000).

Целью исследования явился анализ результатов проведения баллонной пневмодилатации нижнего пищевода сфинктера у 11 пациентов с АК.

В период с января по сентябрь 2009 года в хирургическом отделении № 1 Кемеровской областной клинической больницы находились на лечении 11 пациентов с АК (у 1 пациента — АК I стадии (по Петровскому Б.В., 1966), 8 — АК II стадии, 2 — АК III стадии). Ранее пациенты не были оперированы по поводу заболевания. Длительность заболевания у пациентов составила $4,6 \pm 0,5$ лет, при этом срок консервативной терапии составил $2,6 \pm 0,3$ года. Диагноз АК выставлен на основании клинической картины, данных рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

При этом 8 пациентам выполнено 4 сеанса баллонной дилатации, троим — 5 сеансов с интервалом в двое суток.

Уровень давления в пневмодилататоре, достигаемого при сеансе, определялся с помощью уста-

новленных таблиц, а также индивидуально, и включало клиническую оценку состояния пациента — появление болевого синдрома, дискомфорта. Появление вышеописанных синдромов служило основанием к прекращению повышения давления.

Следует отметить, что наличие болевого синдрома, чувства дискомфорта при достижении определенного уровня давления во время проведения баллонной дилатации является также важным прогностическим критерием эффективности манипуляции.

Клиническая ремиссия (снижение выраженности всех симптомов заболевания более чем на 50 % при использовании шкалы, учитывающей выраженность дисфагии, регургитации желудочного содержимого и загрудинных болей) наблюдалось у 8 пациентов (2 пациента с АК II стадии и один — с АК III стадии). Неэффективность лечения (т.е. снижение выраженности симптомов менее чем на 50 % после двух процедур) наблюдалась у 3 пациентов, которым потребовались альтернативные методы лечения. Объективным методом оценки функции пищевода являлось измерение скорости опорожнения пищевода (по ширине бариевого столба). При этом, согласно данным рентгенологической картины, ширина бариевого столба уменьшилась в динамике после выполнения процедур на $1,1 \pm 0,8$ см у всех пациентов.

Таким образом, анализируя полученные данные, необходимо отметить:

1. При диагностике АК I стадии пациентам необходимо проведение баллонной пневмодилатации (длительность консервативной терапии у наблюдаемых пациентов составила $2,6 \pm 0,3$ года).
2. Метод баллонной пневмодилатации наиболее эффективен при применении у пациентов с АК I и II стадиями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

В последнее время отмечается значительный рост заболеваний атеросклерозом и сахарным диабетом, что, в свою очередь, увеличивает число ампутаций конечностей при развитии критической ишемии конечности.

Цель исследования — провести сравнительную характеристику факторов, влияющих на ближайшие результаты ампутаций нижних конечностей у больных с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей и диабетической ангиопатией.

Проведен анализ базы данных «Клиника» за период с 1 января 1998 года по 31 декабря 2005 года. Изучены все случаи ампутаций нижних конечностей. При оценке результатов учитывались пол, возраст больных, степень ишемии, нозологический признак. За исследуемый период в отделение сосудистой хирургии ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России» было выполнено 368 «больших» ампутаций нижних конечностей. Больным, страдающим диабетической ангиопатией, выполнено 167 ампутаций. Из них 66 мужчин (39,5 %), 101 женщина (60,5 %). Степень ишемии нижних конечностей определялась по классификации Покровского и верифи-

цирована по данным лодыжечного артериального давления на задней б/берцовой артерии. Ишемия IV ст. была у 147 пациентов (88 %), ишемия III ст. — у 20 (12 %).

Больные с сахарным диабетом были разделены по возрастному признаку. Лица младше 60 лет составили 42 человека (25,2 %), от 60 до 70 лет — 72 (43,1 %), от 70 и старше — 53 пациента (31,7 %).

Больным с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей выполнены 201 «большая» ампутация. Из них 188 мужчин (93,5 %), 13 женщин (6,5 %). Ишемия IV ст. верифицирована у 148 пациентов, ишемия III ст. — у 53 (26,4 %). Группа больных младше 60 лет составила 64 пациента (31,8 %), от 60 до 70 лет — 89 (44,3 %), старше 70 лет — 48 (23,9 %).

Таким образом, подавляющее число «больших» ампутаций при облитерирующем атеросклерозе артерий выполняется у мужчин. При диабетической ангиопатии более 50 % усечений на уровне бедра и голени выполнены у женщин. Гнойно-некротический процесс на стопе или голени преобладает у больных с сахарным диабетом и атеросклерозом и составляет более 50 %. Большинство пациентов были оперированы в возрасте от 60 до 70 лет в обеих нозологических группах.

БАШИРОВ С.Р., МЕРКУЛОВА Ю.С.,
ТИХОНОВ В.И., ТРИФОНОВ М.Н.

*Томский военно-медицинский институт Военно-медицинской академии,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

БАЛЛОННАЯ ПРОКТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ 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 мо-

чевей пузырь, пероральное и внутривенное контрастирование.

Контрастирование прямой кишки является особенно значимым методом визуализации не только её самой, но и параректальной клетчатки, тазового дна, задней стенки мочевого пузыря, семенных пузырьков, простаты, влагалища, матки и пр. Однако с помощью известных методов контра-

тирования сложно добиться полного расправления стенок прямой кишки по типу тугого наполнения. Вводимое с помощью клизмы контрастное вещество легко распространяется за пределы ампулы. Сохраняющаяся естественная 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-сим-

птомокомплексы для категорий T1-2, T3 и T4 опухолей прямой кишки (рис.). Изучена результативность контрастного устройства в диагностике послеоперационных местных рецидивов рака прямой кишки. Показана эффективность универсального устройства в диагностике обширных ректовагинальных свищей.

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 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 установленного в кишку баллона контрастным раствором до самопроизвольного опорожнения стомы.

Продемонстрировано, что использование разработанного устройства при ультразвуковом исследовании органов таза трансабдоминальным датчиком упрощает топическую диагностику патологического процесса в прямой кишке и окружающих органах.

Рисунок

Томограммы с использованием контрастного баллона: А – томограмма таза с расположением срезов в области сканирования (сплошные линии); Б – злокачественная опухоль (T₁N₀M₀) нижеампулярного отдела прямой кишки, деформирующая контур баллона на 7 часах по циферблату (указана стрелками).



Таким образом, использование устройства для контрастирования тазовых органов позволяет существенно увеличить разрешающую способность компьютерной томографии, рентгенографии и ульт-

развукового метода исследования и использовать его не только для диагностики патологического процесса, но и оценки функциональных результатов проведенного хирургического лечения.

БАШИРОВ С.Р., СЕМАКИН Р.В., БАШИРОВ Р.С., ТИХОНОВ В.И.
*Томский военно-медицинский институт Военно-медицинской академии,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Томск*

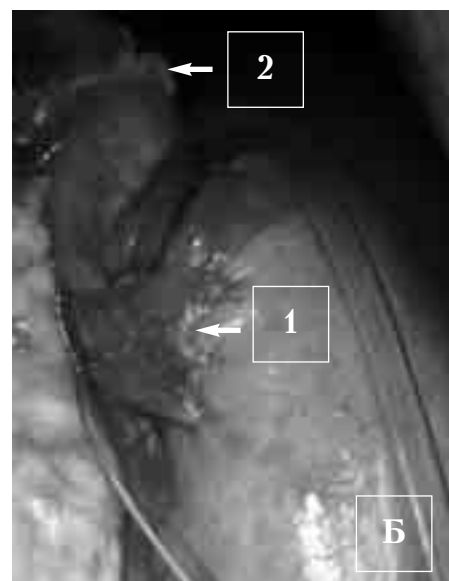
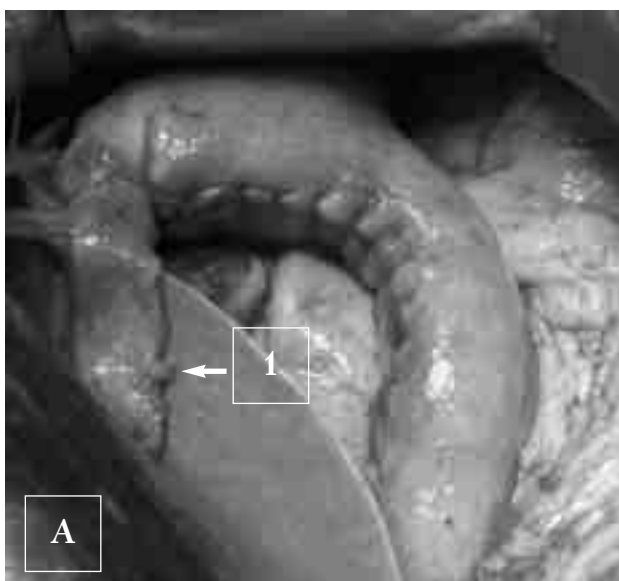
ФОРМИРОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ ПЕТЛИ КАРДИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Большинство методов формирования замыкательного механизма кардии желудка подразумевают наложение швов между абдоминальным отделом пищевода и дном желудка. Они не восстанавливают естественный ход мышечных волокон кардиального сфинктера, а фактически направлены на создание механического препятствия путем гофрирования или инвагинации пищевода и дна желудка.

Целью разработанного нами способа стало восстановление анатомической целостности кардии путем формирования гладкомышечной петли вокруг пищеводно-желудочного перехода аналогично ходу мышечных волокон кардиального сфинктера (приоритет на изобретение № 2009118182 от 12.05.09). Выполняют верхнесрединную лапаротомию. В пределах планируемых границ резекции мобилизуют желудок и двенадцатиперстную кишку. По малой кривизне желудка мобилизацию

производят до пищевода. Позади пищеводно-желудочного перехода проводят эластичный турникет из перчаточной резины или трубки от системы и берут его на держалку. Отступив от линии кардии 18-25 мм, на передней стенке желудка вдоль малой кривизны по краю мобилизованного переднего листка малого сальника выполняют рассечение серозно-мышечного слоя длиной 65-70 мм. Параллельно данному рассечению выполняют аналогичное рассечение серозно-мышечного слоя на удалении в 25-30 мм от предыдущего. Дистальные концы рассечений соединяют поперечным разрезом серозно-мышечного слоя. Намеченный серозно-мышечный лоскут прошивают двумя нитями держалками в области углов на верхушке и отсепарируют от подслизистой оболочки по направлению от верхушки к его основанию на проксимальном конце, сохраняя связь основания лоскута со стенкой желудка (рис. А).

Рисунок
Формирование мышечной петли кардии: А - мышечный лоскут (1)
в зоне субкардии желудка; Б - мышечная петля (1) вокруг пищевода (2)





Далее выполняют резекцию желудка с наложением анастомоза. При этом линию резекции желудка по малой кривизне располагают ниже основания лоскута. Серозно-мышечный лоскут на держалках проводят вокруг турникета на пищеводе между дном желудка и левой стенкой пищевода через угол Гиса на заднюю полуокружность пищеводно-желудочного перехода, а затем на переднюю стенку желудка. Подтягивая за эластичный турникет на пищеводе, уменьшают угол Гиса между дном желудка и левой стенкой пищевода до 10-15°. В таком положении сначала производят фиксацию лоскута ниже его основания к передней стенке малой кривизны желудка 3-4 узловыми швами без натяжения, а затем выполняют переднюю эзофагофундорафию путем наложения 3-4 узловых швов между дном желудка и передней стенкой пищевода над передней полуокружностью сформированной мышечной петли кардии (рис. Б). Операцию заканчивают послойным ушиванием брюшной полости.

Формирование мышечной петли кардии разработанным способом позволило восстановить анатомию пищеводно-желудочного перехода. Использование с этой целью серозно-мышечного лоскута передней стенки желудка было наиболее удобным в плане формирования и анатомически обоснованным вследствие развитой в этой зоне мышечной оболочки желудка (по сравнению с задней стенкой желудка, где мышечная оболочка значи-

тельно тоньше). Обязательным условием формирования мышечной петли стал безопасный отступ от линии кардии, равный 18-25 мм. Последний обеспечивал атравматичность по отношению к волокнам естественного кардиального сфинктера, вокруг которого и производится формирование искусственной гладкомышечной петли.

Необходимо отметить, что формирование лоскута осуществляется из удаляемой зоны в пределах линии резекции, то есть данная манипуляция не приводит к необоснованному расширению границ резекции желудка. Начальная длина (65-70 мм) и ширина (25-30 мм) лоскута после его отсепарирования от подслизистой основы уменьшаются на 10-15 % за счет сокращения. При этом площадь лоскута оказывается достаточной для создания полноценной гладкомышечной петли вокруг кардии и адекватной протяженности зоны повышенного давления. Косой ход мышечных волокон в мышечной петле кардии от малой кривизны к вырезке желудка подобен миоархитектонике кардиального сфинктера. Непроизвольный тонус искусственной петли определяет нормальную величину угла Гиса и обеспечивает профилактику регургитации желудочного содержимого в пищевод.

По данной методике оперировано 9 больных язвенными стенозами желудка и двенадцатиперстной кишки с рефлюкс-эзофагитами I-III ст. Послеоперационных осложнений не было.

БАШИРОВ С.Р., ТРИФОНОВ М.Н., БАШИРОВ Р.С., ТИХОНОВ В.И.

Томский военно-медицинский институт Военно-медицинской академии,

Сибирский государственный медицинский университет,

г. Томск

ПРОКТЕКТОМИЯ ПРИ «НИЗКОМ» РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

С целью восстановления естественной и управляемой дефекации при вмешательствах у больных раком нижеампулярного отдела прямой кишки с переходом на анальный канал нами разработана операция в объеме проктэктомии с тотальной мезоректумэктомией, резекцией внутреннего сфинктера, глубоких порций наружного сфинктера с низведением и формированием гладкомышечной манжеты, леватора из серозно-мышечного лоскута и резервуара на низведенной кишке (патенты РФ № 2206280, № 2292846; приоритет № 2009113075).

Способ операции (рис.). Абдоминальным лапаротомным доступом выполняли мобилизацию кишки с тотальной мезоректумэктомией до уровня леваторов. Затем со стороны промежности на уровне анокутанной линии накладывали 5 нитей-держалок. Сразу за ними просвет анального канала герметизировали кисетным швом. Между держал-

ками и кисетным швом анальный канал пересекали и проникали в межсфинктерное пространство, через которое выполняли мобилизацию внутреннего сфинктера и глубокой порции наружного сфинктера в одном фасциально-футлярном блоке с опухолью и прямой кишкой. На конце низводимой кишки формировали гладкомышечный жом путем циркулярного отсепарирования серозно-мышечной оболочки высотой 12-15 мм от подслизистой основы и фиксации ее в форме манжеты.

На 12-20 мм выше гладкомышечного жома расщелили серозно-мышечную оболочку в поперечном направлении на ширину противобрыжеечного участка кишки (15-18 мм). Вдоль верхнего и нижнего краев брыжейки и подвесков противобрыжеечного участка кишки выполняли ещё два параллельных рассечения серозно-мышечной оболочки длиной 65-70 мм. Намеченный таким обра-

зом прямоугольник из серозно-мышечного слоя отсепарировали от подслизистой оболочки, сохраняя его связь со стенкой кишки на проксимальном конце. Подслизистую площадку растягивали с помощью нитей-держалок в поперечном направлении и ушивали узловыми швами до сопоставления серозно-мышечного слоя.

Выполнив низведение и зафиксировав кишку в промежности, накладывали 2-4 узловых шва абдоминальным доступом между верхушкой лоскута и передней полуокружностью тазовой брюшины. После санации и дренирования малого таза производили низведение кишки на промежность и фиксировали её узловыми швами за гладкомышечную манжету к кольцу подкожной порции наружного сфинктера. Избыток подслизистой оболочки кишки после формирования мышечной манжеты использовали для создания анального валика путем сшивания её с перианальной кожей.

Оперировано 7 больных. Послеоперационной летальности не было. У 4 пациентов со II стадией (Т3N0M0) на фоне адьювантной монокимиотерапии (кселода 2500 мг/м²/сутки, 6 месяцев) отмечено безрецидивное течение с максимальным сроком наблюдения 4,5 года. У пациента с III стадией (Т3N1M0) и наличием метастаза в параректальный лимфатический узел на фоне монокимиотерапии безрецидивный период составил 3 года. У больного с IV стадией (Т3N0M1) с множествен-

ными билобарными метастазами на фоне полихимиотерапии по программе XELOX отмечено уменьшение метастазов печени с максимальными размерами 69 × 44 × 30 мм в S4 после 6 курсов ПХТ до уменьшения диаметра опухоли 48 мм. В другом случае с IV стадией (Т4N2M1) с распространённым опухолевым процессом в параректальную клетчатку, мочевого пузырь, поражением параректальных и подвздошных лимфатических узлов, множественными билобарными метастазами в печень проводилась терапия в режиме Мейо (через 6 мес. отмечено прогрессирование заболевания).

Пациенты в течение первых трех месяцев были вынуждены постоянно использовать памперсы из-за непроизвольной, многомоментной и длительной дефекации, недержания всех компонентов кишечного содержимого. Через 6 месяцев установилась осознанная дефекация 1-2 раза в сутки с предшествующим позывом. Через 1 год осознанная дефекация 1 раз в сутки. С этого же времени пациенты отмечают возможность игнорировать позыв на дефекацию 15-40 мин с удержанием твердого кала.

Проктэктомия со сфинктероплевропластикой позволяет достигнуть результатов, не уступающих в радикализме экстирпации прямой кишки с колостомой, но существенно улучшающих качество жизни оперированных больных раком нижнеампулярного отдела с переходом на анальный канал.

Рисунок

А – формирование мышечной манжеты (1), резервуара (2) и лоскута-леватора (3) на низводимой кишке; Б – проктограмма (1 год после операции)



МОРФОГЕНЕЗ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЧАСТИ НИЗВЕДЕННОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПРОКТЭКТОМИИ

Для восстановления управляемой дефекации после проктэктомии с мезоректумэктомией, резекцией внутреннего сфинктера и глубоких порций наружного сфинктера мы модифицировали восстановительный этап операции путем формирования гладкомышечной манжеты, леватора из серозно-мышечного лоскута и резервуара на низводимой ободочной кишке.

Морфологические изменения гладкомышечного сфинктера после проктэктомии были оценены в эксперименте на собаках методом гистостерометрии с применением окулярной морфометрической сетки Салтыкова. Результаты сравнивались с параметрами аналогичных анатомических образований анального канала здоровых неоперированных собак (внешний контроль). В качестве внутреннего контроля использовали собак после проктэктомии, которым низведение не производили, а толстую кишку с мышечной манжетой и резервуаром выводили в виде колостомы с целью исключения воздействия на состояние сформированных структур ишемии от натяжения кишки и деформирующего склероза в полости таза.

К 10 суткам эксперимента отмечено превышение удельного объема фракции эпителиальной пластинки в среднем на 64 %, к 30 суткам — на 66 % и на 72 % к 6 месяцу по отношению к контролю, что обусловлено анатомическими особенностями низведенного отдела ободочной кишки. Относительный объем фракции гладкой мускулатуры в области гладкомышечной манжеты к 10 суткам эксперимента превышал аналогичный объем мышечной ткани внутреннего сфинктера в контроле в среднем на 54 %, это объясняется удвоением мышечной ткани при формировании манжеты. Обращает на себя внимание прогрессирующее снижение в среднем на 19 % показателей объема гладкой мускулатуры в искусственном сфинктере к 30 суткам и на 47 % к 180 суткам эксперимента. Учитывая, что к 6 месяцу эксперимента регистрируется в среднем снижение на 20 % фракции кровеносных сосудов с действующим просветом по отношению к 10 суткам, атрофические изменения мышечной пластинки объясняем недостаточным кровоснабжением дистального отдела низведенной кишки.

Одновременно происходил неоангиогенез, что подтверждалось ростом фракции сосудов с просветом к 6 месяцам по отношению к 30 суткам на

55 %. Иными словами, к 30 суткам в мышечной манжете развивается ишемическая атрофия гладкой мускулатуры, которая сохраняется и к 6 месяцу. Параллельно ишемической атрофии мышечной ткани идет прогрессирующий рост коллагеновой фракции с $35,8 \pm 0,5$ % до $54,3 \pm 0,3$ %. Одновременно с этим в искусственном сфинктере к 30 суткам эксперимента наблюдается прогрессирующий интерстициальный отек по сравнению с 10 сутками, с постепенным его уменьшением к 6 месяцу, что связано со стиханием воспалительного процесса в тканях в области гладкомышечной манжеты. На это указывает увеличение фракции свободного интерстициального пространства на 55 % и снижение его на 32 % к 6 месяцам по отношению к 30 суткам.

Для сравнения в группе животных с формированием гладкомышечного сфинктера в области колостомы, в которой из-за отсутствия натяжения сосудов и их прогрессирующей облитерации отмечено аналогичное контролю ($2,1 \pm 0,1$ %) количество функционирующих сосудов с просветом $2,3 \pm 0,2$ %. Причем процент функционирующих сосудов в сфинктере колостомы в 3 раза превышает количество сосудов в аналогичном сфинктере низведенной кишки ($0,8 \pm 0,1$ %). Выраженность атрофического процесса и деформирующего фиброза в гладкой мускулатуре меньше по сравнению с животными, у которых выполнялось низведение на промежность. Это подтверждается преобладанием объемной фракции гладкой мускулатуры в 2 раза ($49,3 \pm 0,6$ % и $25,4 \pm 0,3$ %). Хорошее кровоснабжение стомированной кишки приводит к быстрой ликвидации воспалительного процесса, что подтверждается разницей объемной фракции свободного интерстиция более чем в 2 раза ($4,9 \pm 0,2$ % и $11 \pm 0,2$ %) и лимфоидной ткани ($0,2 \pm 0,1$ % и $0,5 \pm 0,04$ %).

Таким образом, искусственный сфинктер при неизбежных процессах атрофии гладкой мускулатуры в дистальном отделе низведенной кишки из-за натяжения, дефицита кровообращения и окружающего деформирующего фиброза в полости таза позволяет сохранить половину объемной массы гладкой мускулатуры ($25,4 \pm 0,3$ %) аналогичной количеству в контроле ($22,7 \pm 0,4$ %) для поддержания элементов произвольного компонента держания.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТАДИИ

Несмотря на то, что пластическая хирургия ахалазии пищевода существует уже более ста лет, проблема восстановления или создания анатомически надежной и функционально полноценной арефлюксной кардии, а также восстановление качества жизни пациентов в отдалённые сроки после операции до настоящего времени решена не до конца. По данным отечественной и зарубежной литературы, к настоящему времени предложено уже более 60 способов оперативного лечения ахалазии пищевода, что говорит о неудовлетворённости хирургов результатами лечения этого заболевания.

Цель — разработать новый способ хирургического лечения ахалазии кардии IV ст., позволяющий снизить число осложнений в послеоперационном периоде, а также улучшить качество жизни больных в отдалённые сроки после операции.

Материал и методы. Объектом исследования стали 17 пациентов с диагнозом ахалазии кардии IV стадии, верифицированным по данным рентгенологического исследования, эзофагеальной манометрии, трансабдоминальной и эндоскопической ультрасонографии, рН-метрии. Разработан собственный метод хирургического лечения.

После верхне-срединной лапаротомии формируется изоперистальтический стебель из большой кривизны желудка шириной 22-25 мм с сохранением желудочно-сальниковой артерии. При формировании пищевода выполняется селективная проксимальная ваготомия, сохраняющая иннервацию антрального отдела желудка, что положительно сказывается на моторно-эвакуаторной функции всего трансплантата. Абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода пристеночно мобилизуют от окружающей клетчатки и сосудов, сохраняя блуждающие нервы. По линии резекции на уровне нижнегрудного отдела пищевода циркулярно рассекают мышечную оболочку. Её проксимальный край берётся на нити держалки, подшивается к ножкам сухожильной части диафрагмы, затем отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5-2 см.

Выполняют цервикальный доступ к шейному отделу пищевода вдоль медиального края нижней трети левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы и в рану выводят шейный отдел пищевода. По линии резекции на шейном конце пищевода циркулярно

рассекают мышечную оболочку. Дистальный край мышечной оболочки фиксируют нитями-держалками, отделяют ножницами от подслизистой основы на протяжении 1,5-2 см по проксимальному краю мышечной оболочки, слизистую прошивают аппаратом УО-40.

На передней стенке обнажённых слизистой и подслизистой оболочек нижнегрудного отдела пищевода формируют отверстие, через которое проводят флэбэкстрактор в просвет пищевода на шею. Обнажённые слизистую и подслизистую оболочки шейного отдела пищевода фиксируют на флэбэкстракторе и по краю механического шва пересекают. С помощью тракции за флэбэкстрактор и фиксации мышечной оболочки шейного отдела за нити-держалки удаляют слизистую и подслизистую оболочки пищевода, выворачивая их в виде чулка в изоперистальтическом направлении.

В просвет мышечного футляра пищевода вводят два крючка А.Г. Савиных, изоперистальтический желудочный стебель проводят внутри мышечного футляра на шею и накладывают эзофагогастроанастомоз. Мышечный футляр фиксируют узловыми швами над линией эзофагогастроанастомоза. Операция завершается дренированием мышечного футляра пищевода. Послеоперационное наблюдение осуществляли с помощью рентгенологического, эндоскопического, ультрасонографического и манометрического исследований.

Результаты и обсуждение. Предложенным способом в клинике прооперированы 17 пациентов, 6 мужчин и 11 женщин в возрасте от 21 до 60 лет. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $10,5 \pm 2,7$ суток. Все пациенты осмотрены в сроки от 1 мес. до 5 лет после операции, выполнялись рентгенологическое, эндоскопическое, манометрическое, ультрасонографическое исследования. Рецидивов заболевания не выявлен ни у одного из пациентов. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к работе по прежней специальности.

Выводы: Таким образом, предложенный способ хирургического лечения ахалазии кардии IV стадии, заключающийся в демуккозации пищевода из абдомино-цервикального доступа с первичной эзофагогастропластикой изоперистальтическим желудочным стеблем, проведенном в мышечном футляре пищевода, с формированием арефлюксного эзофагогастроанастомоза, позволяет избежать после-

операционных осложнений, угрожающих жизни пациента, и способствует улучшению качества жизни

больных в отдалённые сроки после оперативного лечения.

БЛАГИТКО Е.М., ТОЛСТЫХ Г.Н.,
ДОБРОВ С.Д., ПОЛЯКЕВИЧ А.С.
*Новосибирский государственный медицинский университет,
Новосибирская областная клиническая больница,
г. Новосибирск*

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений на протяжении последних десятилетий является актуальной вследствие широкого распространения заболевания, разнотипности по поводу сроков оперативного вмешательства и хирургических доступов. В зависимости от материально-технической базы лечебных учреждений, при желчнокаменной болезни и ее осложнениях применяются различные хирургические доступы. **Цель** — оценить качество ближайших результатов хирургических вмешательств при желчнокаменной болезни в зависимости от хирургического доступа.

Материал и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе лечения 2915 больных с различными формами ЖКБ, проходивших лечение в отделении чистой хирургии ГНОКБ за период с 2003 по 2008 г. Из них лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена 1215 больным, холецистэктомия из минидоступа (МХЭ) — 1023, традиционная холецистэктомия (ТХЭ) — 669.

В плане обследования проводили: физикальный осмотр, лабораторные исследования крови, УЗИ печени, желчного пузыря, общего желчного протока, поджелудочной железы. При наличии в анамнезе желтухи, расширения общего желчно-

го протока выполнялась фиброгастроудоденоскопия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией. При механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка, выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Группы больных, которым выполняли ЛХЭ и МХЭ, по исходным данным достоверно не отличались. У больных в группе ТХЭ степень тяжести исходно была более выраженной, и они были оперированы, в основном, в срочном и экстренном порядке при осложненных формах ЖКБ: холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, эмпиема желчного пузыря, диффузный желчный перитонит, холедоходуоденальный свищ, паравезикальный абсцесс, синдром Мириззи.

Результаты. Характер осложнений в зависимости от различных доступов приведен в таблице.

В группе ТХЭ умерли 3 больных (0,5 %) с деструктивными формами острого холецистита и тяжелой сопутствующей патологией в возрасте 79, 8 и 91 года.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минидоступа практически равноценны, однако лапароскопическая холецистэктомия имеет преимущество в обзоре органов

Таблица
Характер осложнений в зависимости от различных доступов

	ЛХЭ	МХЭ	ТХЭ
Интраоперационные осложнения (повреждения общего желчного протока)	1		
Послеоперационные осложнения:			
- осложнения со стороны передней брюшной стенки (гематома, серома, нагноение инфильтрат, послеоперационной раны)	2		10
- внутрибрюшные осложнения (послеоперационный панкреатит, желчный перитонит, внутрибрюшное кровотечение, резидуальный холедохолитиаз, подпеченочная гематома, желчеистечение из протока Люшка, желчный затек в ложе желчного пузыря, подпеченочный желчный затек, несостоятельность швов после холедохотомии)	5	7	4
Общие осложнения (парез кишечника, пневмония, плеврит, тромбоз глубоких вен голени, тромбоз мелких ветвей легочной артерии)	2	3	5
Всего:	10 (0,8 %)	10 (1 %)	19 (2,8 %)

брюшной полости с целью выявления сопутствующей патологии. Традиционная холецистэктомия

показана при осложненных формах ЖКБ, хотя несет в себе большее число осложнений.

БУРДИН В.В.

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

МЕТОД РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА

Решение проблемы редукции гипертрофированных молочных желез и, вместе с тем, ликвидации таких осложнений, как деформация надключичной области, изменение осанки, остеохондроз шейного и грудного отделов позвоночника, мацерации кожи, нарушение функции дыхания и сердечной деятельности, эстетическая диспропорция фигуры, заставляют пластических хирургов изобретать новые и совершенствовать известные оперативные способы коррекции формы женской груди. Все известные техники маммопластики, устраняющие гипертрофию и птоз можно разделить на группы, как по операционным доступам, так и по использованию дермальной питающей ножки сосково-ареолярного комплекса.

Существуют хирургические приемы для достижения долгосрочности результатов оперативного вмешательства при гиперплазии и птозе молочных желез. Такие как применение фиксирующих швов к пекторальной мышце М. Pousson (1897), подвешивание железы с помощью фасциальных полосок к ребрам R. Gobel (1914), использование краниальной транспозиции нижнего glandулярного лоскута для миостопексии. Существуют различные методы дермальной мастопексии с обворачиванием железы или созданием внутреннего «гамака».

Идея создания нижнего «балкона» или «гамака» для профилактики птоза с использованием синтетических материалов остается привлекательной R. Bustos (1982), J.C.S. Goes (1996).

В нашей клинике разработан и применен метод редукционной маммопластики с применением сетчатого имплантата из полипропиленовой сетки «Resorba» «Способ мастопексии в сочетании с ре-

дукцией молочной железы» патент РФ № 2339316 от 27.11.2008. Данный способ предусматривает резекцию паренхимы в объеме 1/3 железы в нижних квадрантах на верхне-медиальной питающей ножке и пексии с помощью внутреннего «гамака» из полипропиленовой сетки. Показаниями к операции служила относительно выраженная гиперплазия молочных желез и гигантомастия по J.P. Laldrie и птозе II-III степени по P. Regnault.

Все пациентки хотели уменьшить грудь менее чем на половину, а основным желанием было поднятие провисших молочных желез. За период 2006-2008 г. по данной методике прооперированы 14 пациенток. Все операции выполнялись под общим обезболиванием. Среднее пребывание в стационаре составило 5 дней. Швы снимали поэтапно на 7-12 день. Ношение компрессионного послеоперационного белья продолжалось до 1,5 месяцев. Осложнение было у одной пациентки — через 3 недели после операции вскрыли серому вертикальной части послеоперационного рубца, а в последующем выявлено инфицирование и отторжение сетки, что потребовало оперативного вмешательства и удаления сетчатого имплантата. Все пациентки осматривались повторно через 6 месяцев и 1 год. Проводилось фотографирование, измерение по системе «Body Logic» и сравнение до и после операции отношения соска к субмаммарной складке. У всех пациенток отмечался устойчивый косметический эффект.

Таким образом, разработанная нами оперативная техника может использоваться в качестве маммопластики при совмещении редукции и пексии молочных желез. Использование сетчатого имплантата улучшает эстетические результаты пластики женской груди.

БУРДИН В.В.

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

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОПУЩЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Проблема эффективной хирургической коррекцииптоза молочных желез является одной из самых актуальных в эстетической хирургии женской груди. Разнообразие техник и хирургических методик, эволюция подходов к проблеме говорят о востребованности данных оперативных вмешательств. Старые классические методики, основанные исключительно на кожной подтяжке желез, не позволяют в полной мере сформировать эстетически красивые молочные железы на долгое время.

При выполнении маммопластики приптозе женской груди необходимо решить четыре задачи: модификацию паренхимы молочной железы, приведение кожных покровов молочной железы в соответствие с измененной формой, перемещение сосково-ареолярного комплекса, предотвращение рецидива опущения груди. Современные техники мастопексий, учитывающие эти элементы, не идеальны и не универсальны. Каждая из них применима в том или ином случае большого разнообразия форм опущения молочных желез.

Мы располагаем шестнадцатилетним опытом операций по коррекции врожденных и приобретенных деформаций молочных желез. Около семи лет назад начали применять мастопексию, предложенную L. Ribeiro, при которой используются собственные glandулярные лоскуты для аутоаугментации и поднятия молочной железы, кожный чехол при этом возможношить любым удобным способом. Прием эффективен при воссоздании конуса груди и заполнении верхних квадрантов молочных желез. Для улучшения эстетических результатов и придания им долговременности нами предложен «Способ мастопексии» (патент РФ № 2337628 от 05.02.2007), отличающийся тем, что кроме краниальной транспозиции нижнего glandулярного лоскута с фиксацией к мышцам в ретромаммарном пространстве и воссоздания высокого конуса груди, перемещается ареола, фиксируемая в новом положении не только к дерме, но и за деэпидермизированный перiareолярный лоскут подкожно к мышце на уровне III ребра.

За период 2002-2008 гг. выполнено 76 мастопексий в чистом виде по различным методикам. Применялись техники: перiareолярная мастопексия по Erol-Spiga — 10 случаев; ее модификация (патент РФ № 2177736 10.01.2002) — 12; мастопексия по Venelli — 5; вертикальная мас-

топексия M. Lejor — 9; мастопексия по L. Ribeiro — 12; ее модификация (патент РФ № 2337628 от 05.02.2007) — 28. Возраст пациенток колебался от 25 до 50 лет. Объем молочных желез пациенток варьировал — гипомастия, нормомастия, небольшая гипертрофия молочных желез по J.P. Lardrie. Птоз молочных желез составлял II, III степени по P. Regnault. Все операции выполнялись под общим обезболиванием. Продолжительность вмешательств — от 2 до 4 часов. Пребывание в стационаре 3-5 суток. Швы снимали на 11-14 сутки. Послеоперационная реабилитация включала применение лазеромагнитотерапии с 3 суток, ношение компрессионного трикотажа в течение 1-1,5 месяцев, щадящий режим от физических упражнений 1,5 месяца.

Результаты хирургической коррекции молочных желез, после новой разработанной мастопексии, оценивали непосредственно после операции и через 1 год. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 пациенток отмечалось частичное расхождение швов по нижнему краю ареолы в месте начала вертикального рубца, что потребовало наложения вторичных швов. У одной пациентки образовалась избыточная кожная складка в области субмаммарной складки. В отсроченном порядке кожная складка была иссечена и вертикальный рубец переведен в Т-образный.

Отдаленные результаты оценивали с учетом комплекса критериев: выраженности заполнения верхних квадрантов молочных желез, расстояния от середины ключицы до соска CN, отношение расположения соска к субмаммарной складке. У всех пациенток через год отсутствовало западение верхних квадрантов молочных желез, колебание показателей расстояния от середины ключицы до соска CN составили 0-1,5 см, опущения соска ниже субмаммарной складки не превышали 1-2 см. При опросе 25 пациенток (89 %) оценили эстетический эффект операции как хороший 3 пациентки (11 %) — удовлетворительный.

Таким образом, решение четырех основных задач эстетической маммопластики при выполнении разработанной методики мастопексии позволило добиться хороших результатов. Мы можем рекомендовать ее использование в практике пластических хирургов. Применение разработанной мастопексии обеспечило не только лучший эстетический эффект, но и длительную продолжительность последнего.

ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., ЗЫКОВ Д.В., ЛЕСОВИК В.С.,
ГАЙДУКОВА Е.В., СУХАНОВ А.И.
2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка.
г. Москва

КТ-МОРФОЛОГИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост заболеваемости циррозом печени, что приводит к поиску новых диагностических решений.

В нашей клинике для диагностики циррозов печени, а также выявления признаков портальной гипертензии, широко применяется компьютерная томография.

Для выявления признаков портальной гипертензии (выявление коллатералей) наиболее подходящей является портальная фаза контрастного усиления (50-100 сек после начала введения КВ).

В нашем случае исследование проводилось на 64-срезовом компьютерном томографе Aquilion с толщиной срезов 0,5 мм на фоне внутривенного болюсного введения неионного контрастного вещества с содержанием йода 370 мг/мл с индивидуальным расчетом объема введения (из расчета 2 мл на кг веса пациента) в среднем 100-140 мл, и скоростью введения 3,5-4 мл/сек. Время задержки определялось индивидуально: с постановкой зоны интереса на аорту на уровне ворот печени, начало сканирования наступало после повышения плотности крови в зоне интереса на 100 ед.Н (артериальная фаза), портальная фаза наступала через 80 секунд после начала сканирования, равновесная фаза — через 300 сек после начала сканирования. Последующая реконструкция осуществлялась на рабочих станциях Vitria и Advantage Workstation 4.2.

Если оперативное вмешательство пациенту не проводилось, протокол стандартный. У послеоперационных пациентов портальный кровоток изменен, поэтому мы пренебрегаем артериальной фа-

зой и сканирование осуществляем через 80-180-300 сек после достижения плотностных характеристик в аорте на 100 ед.Н больше нативных показателей.

В исследование включено 18 пациентов с циррозом печени. Класса А по Child-Pugh — 5, класса В — 8, класса С — 5, в возрасте от 32-72 лет.

У всех пациентов отмечалось увеличение диаметра воротной вены более 13 мм. В группе больных классом В и С — увеличение диаметра верхней брыжеечной и селезеночной вен более 10 мм, с развитием параумбиликальных (более 3 мм) коллатералей. У 5 пациентов класса В и 4 больных класса С выявлена спленомегалия. В 6 случаях (класс В, С) выявлены различные коллатерали: селезеночно-почечные шунты, коллатерали непарной и полунепарной вен, параэзофагеальные варикозные узлы (отличаются от эзофагеальных тем, что не выявляются эндоскопически). В нашем случае варикозно расширенные вены пищевода были выявлены при ЭГДС только в 55 %. Коллатерали не всегда хорошо визуализируются на аксиальных срезах, поэтому мы предпочитаем использовать МIP с тонкими срезами или VRT. При данном варианте реконструкции изображений возможно анатомически точное воспроизведение хода сосудов, а при портальной гипертензии — в целом оценить распространенность и степень развития венозных коллатералей.

Таким образом, следует сказать, что использование компьютерной томографии у этой сложной группы пациентов позволяет с высокой точностью диагностировать изменения, происходящие в портальной системе.

ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КАРТАШОВ Ю.В., ЧЕРНЫХ В.Г.
2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка,
г. Москва

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Актуальность проблемы хирургического лечения пожилых людей возрастает с каждым десятилетием. Существенные демографические изменения, произошедшие в большинс-

тве стран мира, привели к увеличению продолжительности жизни населения. В возрастной группе 70 лет и старше в оказании хирургической помощи нуждаются около 38,6 % больных.



В нашем исследовании проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения больных в возрастной группе 71-90 лет, проведенный на материала 2 ЦВКГ за последние 5 лет. В отделениях хирургического профиля лечились 1681 больной старше 70 лет, из них прооперировано в экстренном и плановом порядке по различным показаниям 649 пациентов, из них 276 женщин.

Структура заболеваемости прооперированных больных распределилась следующим образом: заболевания печени и желчного пузыря – 21,4 %; желудочно-кишечного тракта – 21,2 %; урологические заболевания – 17,8 %; грыжи – 16,6 %; заболевания щитовидной железы – 5,8 %; гинекологические заболевания – 4,3 %; онкологические заболевания – 12,9 %.

Сопутствующая патология по тяжести проявлений у значительной части больных конкурировала с основным заболеванием, влияла на длительность предоперационного периода, объем оперативного вмешательства и вид анестезии. Все пациенты имели два и более сопутствующих заболеваний. У всех пациентов диагностировалась ИБС, 4 % имели инфаркт миокарда в анамнезе, в 2 % имели два и более инфарктов. У 67 % были заболевания органов пищеварения, 14 % – язвенная болезнь желудка и ДПК, 11 % – ЖКБ, 6 % ранее оперированы по поводу заболеваний органов брюшной полости, в том числе 1 % по поводу злокачественных новообразований. Далее в структуре заболеваемости преобладали: гипертоническая болезнь – 48 %; заболевания мочевыделительной системы – 22 %; эндокринной системы – 19 %, в том числе сахарный диабет – 7 %; ожирение 6 %; заболевания дыхательной системы – 16 %. Другие заболевания не оказывали существенного влияния на подготовку и проведение оперативного пособия, течение послеоперационного периода.

Всем больным проводилось мониторирование ЭКГ и АД. При анализе данных ЭКГ у 55 % пациентов не выявлено признаков гемодинамически значимых нарушений сердечного ритма. Признаки нарушения кровоснабжения миокарда выяв-

лены в 19 %, мерцательная аритмия – в 5%, экстрасистолия – в 12 %, нарушения проводимости – в 42 %, синусовая брадикардия – в 11 %.

При исследовании функции внешнего дыхания, проведенного в 89 %, нарушений вентиляции не обнаружено в 23 % исследований. У 43 % больных имелся смешанный вариант нарушений вентиляции, у 17 % – обструктивный, у 6 % – рестриктивный.

Анализ гематологических показателей выявил, что у больных старческого возраста основные показатели периферической крови исходно имели значительные отклонения от нормы, что учитывалось при выработке тактики лечения. У 14 % больных гемоглобин был ниже 120 г/л, 16 % – выше 150 г/л, при этом диапазон изменений лежал в пределах от 87 до 169 г/л.

Длительность предоперационной подготовки к плановым операциям составила в среднем 10,3 суток, к неотложным операциям – от нескольких часов до суток. Длительность послеоперационного периода составила 15,3 суток, при этом минимальная продолжительность – 6 суток, максимальная – 126 дней.

На органах брюшной полости выполнено 313 операций, из них 3 гастрэктомии, 5 резекций желудка, 25 операций на толстой кишке, 140 на печени и желчевыводящих путях. Гинекологических операций 28, урологических 96, на щитовидной железе 38, гериопластик 118, мастэктомий 8.

ЭТН использован в 53 % операций, 18 % проведены под ЭДА, 14 % под сочетанной, 8 % под местной, 7 % под внутривенной анестезией. В 29 % применялся Ксенон. После операций 6 % больных потребовалась продленная ИВЛ, 26 % интенсивная терапия в условиях ОАР.

Таким образом, индивидуальный подход к больным, рациональная предоперационная подготовка, адекватный выбор анестезиологического пособия, адекватное послеоперационное ведение больных, позволяет выполнять оперативное лечение данной категории пациентов с хорошим результатом.

ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КОЦЮБА А.К.

2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка,
г. Москва

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Варикозная болезнь нижних конечностей является одной из наиболее распространенных сосудистых патологий. В России ею страдают около 40-45 млн. человек. Наиболее оптимальным способом лечения является хирурги-

ческий, так как только он позволяет надежно купировать симптомы заболевания и предотвратить его рецидивирование.

В работе проведен анализ результатов лечения 970 больных с варикозным расширением вен ниж-

них конечностей. Период наблюдения составил с 1987 по 2008 гг. Все пациенты страдали различными степенями хронической венозной недостаточности. Все больные оперированы по методике, разработанной в нашей клинике.

Суть хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей заключается в максимальной ликвидации подкожных вен, а не только патологически измененных, как это предусматривается при выполнении большинства существующих методик. Только при максимальном удалении подкожных вен достигается достаточно полное разобщение между глубокой и поверхностной венозными системами. Удаление только патологически измененных подкожных вен и перевязка только крупных перфорантных вен через небольшое количество разрезов не обеспечивает надежный результат не только в ближайшем, но и в отдаленном послеоперационном периодах. Чем сильнее выражен варикоз на момент операции, тем выше вероятность развития ранних послеоперационных осложнений и тем раньше развивается рецидив заболевания в отдаленном послеоперационном периоде.

Возраст составил от 29 до 80 лет ($50,4 \pm 1,4$ лет). Пациенты трудоспособного возраста до 60 лет составили 74,5 %. Диагноз варикозного расширения вен нижних конечностей был установлен в 86 % случаев, в 14 % – посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Средняя длительность заболевания составила $15,2 \pm 0,7$ лет, у мужчин $14,2 \pm 1,4$ лет, у женщин $15,6 \pm 0,8$ лет. В зависимости от степени хронической венозной недостаточности все больные были разделены на группы: I степень – 70 (7,2 %), II степень – 642 (66,2 %), III степень – 258 (26,6 %). С учетом международной классификации CEAP (Partsch H., 1995), больные соответствовали C2, 3, 4, 5, 6 степени хронической венозной недостаточности. По классификации Е.Г. Яблокова (1999) больные со II и III сте-

пенью хронической венозной недостаточности составили 73,9 %.

Все пациенты, оперированные по разработанной методике, обязательно наблюдались в сроке до трех лет. Однако мы располагаем результатами наблюдений у 110 пациентов в сроках 6-14 лет.

При анализе результатов оперативного лечения хронической венозной недостаточности производилась оценка тяжести клинических проявлений согласно классификации CEAP.

У пациентов в группе с хронической венозной недостаточностью 0 степени (C2 стадия по CEAP) основное проявление заболевания в виде варикозного расширения вен нижних конечностей было полностью устранено. Контрольное обследование выполнялось через 6 месяцев и 3 года, не наблюдалось рецидива расширения вен и прогрессирования симптомов хронической венозной недостаточности. При ультразвуковом исследовании зоны операции несостоятельных перфорантных вен не обнаружено. С субъективной точки зрения пациенты оценивали качество операции как отличное, с позиции устранения косметического дефекта.

В 77,1 % случаев мы оцениваем полученные результаты оперативного лечения как хорошие, так как нам удалось устранить основные симптомы хронической венозной недостаточности. Добиться полного устранения отеков не удалось только у пациентов C4-6 стадии по CEAP, что мы связываем с тяжелыми дистрофическими изменениями мягких тканей.

Анализируя полученные данные следует отметить, что адекватное устранение патологических венозных сбросов при хронической венозной недостаточности с минимальной травматизацией мягких тканей в ближайшие сроки после операции обеспечивает устранение флебогипертензии, артериоло-веноулярного шунтирования, а так же частичное восстановление регулирующих механизмов микроциркуляции.

ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КОЦЮБА А.К., ЗЫКОВ Д.В.
2 Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка,
г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении хронической венозной недостаточности в последние годы, проблема далека от окончательного разрешения. В последние годы предложено большое количество диагностических методов, которые позволяют объективно оценить состояние венозной системы нижних конечностей.

Для оценки венозного русла мы использовали волюметрию, плантиметрию, доплеровскую флоуметрию, ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с использованием цветного картирования. В исследование включено 970 пациентов. Возраст составил от 29 до 80 лет ($50,4 \pm 1,4$ лет). Пациенты трудоспособного возраста до 60 лет составили 74,5 %. Диагноз варикозного расширения вен

нижних конечностей был установлен в 86 % случаев, в 14 % – посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Средняя длительность заболевания составила $15,2 \pm 0,7$ лет, у мужчин $14,2 \pm 1,4$ лет, у женщин $15,6 \pm 0,8$ лет. В зависимости от степени хронической венозной недостаточности все больные были разделены на группы: I степень – 70 (7,2 %), II степень – 642 (66,2 %), III степень – 258 (26,6 %). С учетом международной классификации CEAP (Partsch H., 1995), больные соответствовали C2, 3, 4, 5, 6 степени хронической венозной недостаточности.

По классификации Е.Г. Яблокова (1999) больные со II и III степенью хронической венозной недостаточности составили 73,9 %. Наиболее часто трофические расстройства локализовались на медиальной поверхности голени, у 136 пациентов (14 %) они распространялись на латеральную поверхность. У 97 пациентов (10 %) с III степенью хронической венозной недостаточности на момент операции имелись трофические язвы на внутренней поверхности голени, у 110 больных (11,3 %) язвы эпителизировались после консервативного лечения. Длительность наличия язв у обеих групп пациентов составила $18 \pm 1,4$ лет. В стадии С6 по CEAP преобладали женщины – 69 (71,4 %). Средний возраст пациентов этой группы составил $54,3 \pm 1,2$ года.

При выполнении планиметрии площадь язвенных дефектов составила от $6,2 \text{ см}^2$ до $22,4 \text{ см}^2$. По классификации В.В. Скавронскаса (1967) средние язвы площадью от 4 до 10 см^2 были у 59 пациентов, большие (площадью от 11 до 20 см^2) – у 38 пациентов. Средняя площадь больших язв составила $15,1 \pm 0,8 \text{ см}^2$, средних язв – $8,6 \pm 0,7 \text{ см}^2$. При определении маллеолярного объема у 63 пациентов (6,5 %) отеков не было, эти пациенты отнесены к 0 степени хронической венозной недостаточности и, соответственно, к 3 стадии по классификации CEAP. У этой группы пациентов основное проявление заболевания было в виде варикозного расширения. У 778 пациентов (80,3 %) отеки носили ремитирующий характер: увеличивались в вечернее время и полностью проходили у 92 пациентов (11,8 %) или уменьшались к утру у 446 (57,3 %).

При проведении ультразвукового исследования рефлюкс через сафено-фemorальное соустье был зафиксирован у 970 пациентов (100 %). Протяженность его до средней трети бедра зафиксирована у 190 пациентов (19,6 %), у 493 (50,8 %) – рефлюкс расценен как распространенный, субтотальный – у 239 (24,6 %), тотальный – у 48 (4,9 %). Сегментарное расширение ствола большой подкожной вены на уровне верхней трети голени и нижней трети бедра выявлено у 381 пациентов (39,3 %). У 80 пациентов (8,2 %) наблюдалась несостоятельность сафено-попliteального, при этом у 19 больных рефлюкс был до средней трети голени, а у 32 пациентов (3,3 %) – до нижней трети голени. Диаметр несостоятельных перфорантных вен колебался от 2 до 9 мм и в среднем составил $4,4 \pm 0,2$ мм. Число перфорантных вен с подтвержденным патологическим сбросом крови у каждого пациента варьировало от 1 до 7, в среднем – $4,1 \pm 0,1$. Единичный горизонтальный рефлюкс установлен у 95 пациентов (9,8 %), у остальных 875 пациентов (90,2 %) расценен как множественный.

У всех 970 пациентов изучалась микроциркуляция нижних конечностей в области голеностопного сустава с применением датчиков двух видов: инфракрасного и красного диапазона. У больных хронической венозной недостаточностью получен достаточно высокий интегральный показатель микроциркуляции инфракрасного зондирования ($5,43 \pm 0,88$ пф. ед.) за счет выраженного артериоло-венулярного шунтирования крови, возникающего за счет флебогипертензии. Однако, по красному спектру зондирования не получено высоких цифр показателя микроциркуляции. Низкие показатели СКО и коэффициента вариации, полученные по обоим каналам зондирования, отражают нарушение регуляции сосудистого тонуса в виде снижения реактивности и функционального резерва микроциркуляторного русла.

Хочется отметить, что использование современных методов диагностики в лечении хронической венозной недостаточности позволяет наиболее полно оценить тяжесть и объем поражения в дооперационном периоде.

ГАНКОВ В.А., МАНШЕТОВ В.В.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Кафедра общей хирургии,
г. Барнаул*

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ВСФ АНО «НИИ Эндоскопической хирургии» на базе кафедры общей хирургии ГОУ ВПО «АГМУ МЗ РФ» (зав. кафедрой проф. В.И. Оскретков) оперированы 18 больных по поводу спаечной рецидивирующей кишечной непроходимости путем выполнения видеолапароскопического адгезиолиза. Первые операции в клинике проводили без интраоперационной профилактики возникновения спаечной болезни, в последующем применяли для этого раствор реоплиглюкина в количестве 400 мл в смеси с 4-5 мл гидрокортизона, последнее время использовали мезогель «Линтекс», «Адепт». Сохраняли в послеоперационном периоде карбоксиперитонеум до 3-4 мм рт. ст.

У 16 пациентов операцию видеолапароскопического адгезиолиза выполнили в плановом порядке после купирования симптомов кишечной непроходимости. 2 больных оперировали на высоте приступа кишечной непроходимости. Среди пациентов было 6 мужчин и 12 женщин в возрасте от 19 до 77 лет. Длительность заболевания составила от 1,5 суток до 33 лет. У большинства больных частота рецидивов достигала 1 раза в месяц и количество перенесенных открытых операций в анамнезе — от 1 до 5.

В предоперационном периоде больным проводились стандартные исследования: общеклиническое обследование, пассаж бария по кишечнику, УЗИ органов брюшной полости для определения распространенности спаечного процесса и определения места для введения первого лапаропорта.

Первый лапаропорт устанавливали открытым способом по Hasson. Техника ВЛС адгезиолиза заключалась в тупой и острой диссекции спаек, используя поочередно 5 и 10 мм телескопы, вводимые через лапаропорты в разных точках. В

конце операции места сращений, брюшную полость обрабатывали антиспаечными препаратами и зашивали наглухо. У 11 больных отмечались висцеро-париетальные, висцеро-висцеральные плоскостные сращения в области послеоперационного рубца, петля кишки была фиксирована к передней брюшной стенке в виде двустволки. У 4 человек были сплошные плоскостные висцеро-париетальные, висцеро-висцеральные сращения. У 2 пациентов были шнуровидные спайки. Во время операции у одной больной наблюдался сплошной спаечный процесс брюшной полости, и попытка разделить его лапароскопически не удалась.

В послеоперационном периоде применяли раннюю активизацию больных, гипербарическую оксигенацию, назначали ингибитор синтеза коллагена D-пеницилламин (купренил) или проводилась пирогеналотерапия. Физиотерапевтические процедуры: грязелечение, парафиновые аппликации на переднюю брюшную стенку. В раннем послеоперационном периоде у одной больной возникло осложнение — разлитой вялотекущий желчный перитонит, вследствие перенесенной симультанной операции — видеолапароскопической холецистэктомии, потребовавшей несколько санационных ревидеолапароскопий.

Послеоперационные результаты изучены от 1 месяца до 5 лет. Отмечен один рецидив заболевания у пациентки, перенесшей вялотекущий перитонит.

Таким образом, у большинства больных видеолапароскопической адгезиолизис является эффективным способом лечения спаечной болезни брюшной полости. Требуется дальнейшее изучение эффективности противоспаечных препаратов и определение показаний к закрытым операциям по поводу рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости.

ДАМБАЕВ Г.Ц., АБИЛОВ Ч.К.
*Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра госпитальной хирургии,
г. Томск*

СВИСАЮЩИЙ АРЕФЛЮКСНЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

В настоящее время частота постгастрорезекционных осложнений остается высокой и достигает 32 %, причем у 7-10 % больных протекает в тяжелой форме [Панцырев Ю.М., 2003; Ярема И.В., 2004; Лобанков В.М., 2005; Ширинов З.Т., 2005; Афендулов С.А., 2008]. Показано, что наименьшее количество постгастрорезекционных расстройств отмечается при резекции желудка с сохранением дуоденального пассажа и, особенно, с созданием клапанного арефлюксного анастомоза [Оноприев В.И., 1995; Жерлов Г.К., 2006]. Однако проблема профилактики демпинг-синдрома и рефлюкс-гастрита остается не решенной, требует дальнейшего изучения. По нашему мнению, наиболее перспективным является свисающий арефлюксный гастродуоденоанастомоз, способный предотвратить несостоятельность швов и снизить частоту постгастрорезекционных осложнений.

Материал и методы. Эксперимент выполнен на 20 беспородных собаках обоего пола, массой тела 15-20 кг. Исследование проводили согласно этическим принципам, изложенным в «Европейской конвенции по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей». Все манипуляции и выведение животных из опытов проводили под общей анестезией. Проводили клиническое наблюдение, исследовали моторную функцию верхних отделов пищеварительного тракта до и после операции, осуществляли рентгенологический и эндоскопический контроль. Регистрацию моторики осуществляли оптико-электронным прибором, разработанным в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы, г. Томск [Патент РФ № 2307583], адаптированным с персональным компьютером. Положение зонда определяли рентгеноскопически. Арефлюксные свойства анастомоза исследовали ретроградной дуоденографией. Животных выводили из эксперимента на 3, 7, 14, 21, 30 сутки и 3, 6, 12 мес., определяли механическую герметичность анастомоза методом пневмогидропрессии, морфологически исследовали область анастомоза. Согласно литературным данным, анастомоз считается физически герметичным и прочным, если выдерживает давление более 50 мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. Свисающие анастомозы основаны на принципе чернильницы-«непреливайки», сформированный клапан предотвращает регургитацию из дистальных отделов.

Методика операции заключается в следующем. Проводилась верхнесрединная лапаротомия. После пристеночной мобилизации желудка выполняли трубчатую резекцию, при этом культя желудка в дистальной своей части представляла конусовидную трубку длиной 10-15 см, шириной 2,5-3 см. На дистальном конце желудка формировали манжету из дубликатуры серозно-мышечной оболочки и обнажали участок слизисто-подслизистой оболочки культи желудка длиной до 15 мм, представляющий форму «хоботка». Накладывали первый ряд швов на заднюю стенку анастомоза, сшивали задние полуокружности желудка и культи двенадцатиперстной кишки 5-6 узловыми швами. На желудке в шов брали заднюю часть сформированной манжеты, на двенадцатиперстной кишке – серозно-мышечный слой. Заднюю губу анастомоза, сшивали непрерывным швом подслизистые слои желудка и двенадцатиперстной кишки без захвата слизистой. После формирования задней стенки анастомоза, свободно погружали участок слизисто-подслизистой культи желудка «хоботок» в просвет двенадцатиперстной кишки, образуя «свисающий клапан». Далее, продолжали наложение непрерывного шва с переходом на переднюю губу анастомоза, сшивая аналогичным способом. Завершающим этапом формирования гастродуоденоанастомоза накладывали узловые серозно-мышечные швы на переднюю стенку анастомоза.

Ни в одном случае летальных исходов не было. В ранние сроки после операции регистрировались явления гипомоторной дискинезии желудка и ДПК. Первичная эвакуация наступала на 3-4 минуте, зафиксирован порционно ритмичный тип поступления. При ретроградной дуоденографии, при давлении 50 мм рт. ст., контраст не поступал в желудок у 17 животных (85 %), у 2 (10 %) выявлены следы бария в желудке. Эндоскопически анастомоз имел округлую форму, диаметром 2-2,5 см, слизистая оболочка обычного цвета. В поздние сроки после операции регистрировалось восстановление моторики желудка и ДПК к исходному уровню. В большинстве случаев первичная эвакуация наступала на 2-3-й минуте, ретроградное поступление контраста в желудок не отмечалось. При эндоскопическом исследовании анастомоз овальной формы, диаметром 2 см, обычного цвета, отека и гиперемии «свисающего клапана» не обнаружено. Во все сроки исследования

анастомоз был физически герметичен, начиная с 7 суток характеризовался значительным повышением прочности.

Во всех наблюдениях признаков несостоятельности анастомоза не обнаружено. Гистологические исследования свидетельствовали, что заживление анастомоза происходит по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца. В глад-

комышечной ткани жома, свисающем клапане отсутствовали дистрофические и дегенеративные изменения.

Закключение. Разработанный свисающий арелюксный гастродуоденоанастомоз надежен, функционально полноценен, способен предотвратить постгастрорезекционные осложнения, тем самым, надеемся, позволит улучшить качество жизни оперированных больных.

ДЕМЕНТЬЕВА И.В., СОЛДАТОВ Е.А., МИРОНОВ А.В., КУПРИКОВ С.В.
*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,
г. Москва*

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

При операциях, выполняемых на высоте желтухи, летальность достигает 15-60 %. Общеизвестно, что результаты лечения больных с механической желтухой во многом зависят от того, насколько быстро и эффективно производится декомпрессия билиарного дерева.

Для оценки возможных путей снижения количества осложнений и летальности проанализированы результаты лечения 192 больных с механической желтухой доброкачественной этиологии. В первые сутки госпитализации основной задачей при лечении этих больных, наряду с проведением противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, явилась декомпрессия желчных путей мининвазивными методами.

Холедохолитиаз как причина механической желтухи диагностирован у 158 больных, холецистолитиаз – у 10. У 25 больных холедохолитиаз осложнился холангитом. У 10 больных желтуха возникла вследствие хронического псевдотуморозного панкреатита со стенозом дистального отдела холедоха. У 5 больных причиной желтухи был острый панкреатит, у 3 больных – парапапиллярный дивертикул. У 2 больных желтуха возникла на фоне папиллита, еще у 2 – на фоне рубцовой стриктуры дистального отдела холедоха, у 1 больной – на фоне склерозирующего холангита. У 1 больной причиной желтухи явился стеноз гепатикоюноанастомоза, гепатиколитиаз. Декомпрессия билиарного дерева с применением мининвазивных методов выполнена у 161 больного (83,8 %). Из них, у 139 пациентов (86,3 %) произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракцией, у 15 (9,3 %) – чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под ультразвуковым наведением, у 6 (3,7 %) – наружно-внутреннее дре-

нирование желчных протоков, у 1 больной (0,6 %) выполнена баллонная дилатация большого дуоденального соска (БДС), у 3 больных (1,6 %) наложена открытая холецистостома.

В отсроченном порядке, после ликвидации явлений желтухи, выполнено 44 операции. Произведено 27 видеолапароскопических холецистэктомий (ВЛХЭ), 6 холецистэктомий открытым способом, 3 холецистэктомии с холедохолитотомией и первичным швом холедоха. Еще у 8 пациентов выполнены различные операции на желчевыводящих протоках, включая реконструктивные вмешательства и наложение обходных анастомозов при протяженных стенозах общего желчного протока.

В связи с неэффективностью проводимой декомпрессии желчных путей, в срочном порядке оперировано 11 больных (5,7 %). Им выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха по Керу (8 больных), холецистэктомия, гепатикоюностомия по Брауну (у 2 больных), холецистэктомия, холедоходуоденостомия (у 1 больного). У остальных больных явления механической желтухи регрессировали на фоне проведения консервативного лечения.

Осложнения в группе больных с применением мининвазивных технологий возникли у 13 пациентов (8 %). После ЭПСТ острый панкреатит возник у 8 больных (4,9 %), кровотечение из области папиллотомного разреза – у 2 больных (1,2 %), вклинение конкремента с развитием холангита – у 1 больного (0,6 %). После ЧЧМХС кровотечение из области прокола печени возникло у 1 больного (0,6 %). После ВЛХЭ, выполненной в отсроченном порядке, у 1 больной (0,6 %) возникло ограниченное жидкостное скопление в подпеченочном пространстве, которое было ликвидировано пункциями под контролем УЗИ.



Умерли 5 больных (2,6 %). После ЭПСТ от перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки с развитием забрюшинной флегмоны умерла 1 больная, от нарастания явлений печеночно-почечной недостаточности вследствие неадекватной декомпрессии билиарного дерева скончались 2 больных, ТЭЛА возникла у 1 больного. Один больной скончался без операции в день поступления от прогрессирования явлений печеночно-почечной недостаточности, интоксикации.

В группе больных, оперированных без применения миниинвазивных технологий в срочном порядке, в одном случае возникло внутрибрюшное кровотечение. После отсроченных операций осложнения возникли у 4 больных (12,9 %): обра-

зование наружного дуоденального свища (1 больной), поддиафрагмальный абсцесс (1 больная), нагноение операционной раны (2 больных). Общая частота осложнений составила 16,1 %.

Заключение. Использование миниинвазивных технологий в 83,8 % случаев позволяет добиться разрешения механической желтухи доброкачественной этиологии. Применение ЭПСТ, ЧЧМХС под УЗ-наведением позволило снизить частоту осложнений с 16,1 % до 8 %, а койко-день – с 44,5 до 21,44. Таким образом, возможности снижения количества осложнений и летальности при доброкачественной механической желтухе связаны с использованием миниинвазивных технологий в лечении этой категории больных.

ЗОЛОЕВ Д.Г., ЛИТВИНОВСКИЙ С.В.

*ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России»,
г. Новокузнецк*

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Артериальные реконструкции (АР) могут служить источником характерных осложнений в виде тромбоза оперированного сегмента, кровотечения, инфицирования синтетических материалов. Вопросам их клинического значения, профилактики и лечения посвящено немало работ. Вместе с тем, отдельные аспекты этой проблемы остаются недостаточно изученными.

Цель работы – установить специфические осложнения АР у больных с единственной сохраненной нижней конечностью.

Обследовано 126 больных с критической ишемией конечности (КИК), у которых имеется постампутационный дефект (ПАД) бедра или голени с контрлатеральной стороны. Среди них, у 91 пациента верифицировано поражение артерий выше пупартовой связки (1 группа), у 35 – ниже пупартовой связки (2 группа). Всем пациентам проведены АР – шунтирующие операции или эндартерэктомии. Изучены результаты хирургического лечения в 30-дневный период после операции.

В первой группе больных в 30-дневный период умер 1 пациент, летальность составила 1,1 %, при этом ампутации были проведены у 6,6 % боль-

ных. Детальный анализ показал, что к специфическим осложнениям АР у данного контингента больных следует отнести случай возникновения острой ишемии культи бедра у больного, которому была выполнена полузакрытая эндартерэктомия из подвздошных артерий, а также случай развития острой почечной недостаточности вследствие тромбоза почечных артерий у больного, которому после неудавшейся попытки эндартерэктомии выполнено подмышечно-бедренное шунтирование. В обоих случаях указанные осложнения привели к летальному исходу.

Во второй группе больных летальные исходы в 30-дневный период не отмечены, выполнена ампутация конечности у 6 больных (17,1 %). Эти осложнения не были специфическими для больных с ПАД, а были обусловлены причинами, в целом характерными для АР.

Таким образом, специфические осложнения при АР у больных с ишемией единственной нижней конечности могут наблюдаться у больных с поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента и связаны с особенностями перераспределения кровотока у данных категорий больных.

ЛЮМБОСКОПИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИИ

Развитие современной урологии ознаменовалось широким внедрением высокотехнологических методов лечения, прежде всего, эндоурологии, дистанционной литотрипсии. С 2004 года в нашей клинике внедряются лапароскопические и люмбоскопические методы операций на почках и мочеточниках. В основе этих тезисов лежит собственный клинический материал и собственный опыт хирургической деятельности.

Мы начинали первые операции в тесном сотрудничестве с хирургами, обучаясь технике владения эндоскопическими инструментами и способности воспринимать операционное поле через глаз видеокамеры. За эти годы выполнено 32 лапароскопические нефропексии сеткой, 24 кисты почки иссечены люмбоскопически, 17 уретеролитотомий при крупных камнях мочеточника, расположенных в средней и верхней трети.

Время операций от 15 до 90 мин, в среднем сейчас нефропексия выполняется за 50 мин., иссечение кисты почки – за 15 мин., уретеролитотомия – за 25-30 мин.

Объем кровопотери составил от 5 до 50 мл. При лапароскопической нефропексии в одном случае возникло кровотечение из мышечной вены, которое остановлено коагуляцией. В самом начале нашего пути дважды пришлось прибегнуть к конверсии из-за затянувшейся операции. В одном случае люмбоскопическая полость создана в небольшом объеме и недостаточны были ориентиры для поисков кисты, во втором – при уретеро-

литотомии из-за периуретрита нам так и не удалось дифференцировать мочеточник.

Миграция камней в почку произошла в двух случаях, после введения больного в наркоз, и диагностирована на операции (мочеточник расширен в месте стояния камня, но при пальпации инструментом мягкий).

Дважды выполнена симультанная операция: лапароскопическая холецистэктомия и иссечение кисты почки.

При двойной локализации камней (в нижней и верхней трети мочеточника) нами выполнялась операция: люмбоскопическая уретеролитотомия в в/3 и контактная уретеролитотрипсия в н/3, стентирование почки.

Относительными противопоказаниями для этих операций служат небольшие размеры камней, абсолютными – рубцовый процесс в забрюшинном пространстве после перенесенной люмботомии.

На данном этапе нашей деятельности все осложнения можно отнести к 1-й группе по Н. Троици (1992) – связанные с техническими проблемами, не наносящими вреда больному (слабость степлера, блики камеры, неудобство позиции).

Возможности развития лапароскопических и люмбоскопических операций в дальнейшем безграничны. Для этого, во-первых, должны быть энтузиасты и квалифицированные специалисты, а во-вторых, полное оснащение урологических отделений дорогостоящим эндоскопическим оборудованием.

КАЗАЕВ Г.А.

*Военно-медицинский институт,
г. Томск, Россия*

МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛАДЬЕВИДНОЙ И ПОЛУЛУННОЙ КОСТЕЙ

Переломы ладьевидной и полулунной костей по отношению ко всем остальным переломам костей скелета составляют 0,5-3,9 %, тогда как в структуре переломов костей запястья они стоят на первом месте – до 86,9 %. У четверти больных после переломов ладьевидной и полулунной костей образуются ложные суставы, а у 50 % – развивается асептический некроз.

Выбор оптимальной хирургической тактики при данной патологии нельзя считать окончательно определенным. Анализ литературных данных не позволяет на сегодняшний день однозначно ответить на вопрос о том, какому методу хирургического вмешательства необходимо отдавать предпочтение.

Цель исследования – улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения пос-

ледствий повреждений и заболеваний ладьевидной и полулунной костей запястья с помощью нового способа несвободной пересадки костно-мышечного комплекса тканей, включающего вторую пястную кость, на межпястном сосудистом пучке.

Материал и методы. В основу исследования положен опыт лечения 56 пациентов с последствиями повреждений и заболеваниями ладьевидной и полулунной костей, находившихся на лечении в травматологическом отделении клиники военно-полевой хирургии Томского военно-медицинского института в период 2001-2008 гг. Возраст больных составил от 18 до 36 лет, мужчин было 55 (98,2 %), женщин — 1 (1,8 %). Показаниями к операции у 49 больных (87,5 %) с патологией ладьевидной кости являлись несросшиеся переломы (17), ложные суставы (14), асептический некроз проксимального отломка (8) и кистозная дистрофия с патологическим переломом (10). У 7 пациентов (12,5 %) с патологией полулунной кости операции выполнены по поводу несросшегося перелома (3), асептического некроза (1) и кистозной дистрофии (3).

Новая технология вмешательства заключалась в выполнении экскохлеации очага костной деструкции и формировании канала в костных отломках ладьевидной и полулунной костей. Дефект и костный канал заполнялся кровоснабжаемым комплексом тканей, включающим в себя кортикальную пластинку второй пястной кости, тыльную межпястную мышцу и одноименный со-

судистый пучок (патент РФ № 2209607). Лечебную иммобилизацию осуществляли с помощью компрессионно-дистракционного аппарата Г.А. Илизарова или стержневого шарнирного аппарата собственной конструкции в режиме дистракции на уровне кистевого сустава. В послеоперационном периоде проводилось комплексное лечение, направленное на улучшение микроциркуляции.

Результаты исследования и их обсуждение. В целях оценки результатов лечения выполняли стандартные антропометрические исследования кистевого сустава, полипозиционную рентгенографию, компьютерную томографию с 3D-моделированием, ангиографическое исследование сосудов кисти, радионуклидную скintiграфию.

Сращение между костным трансплантатом и фрагментами ладьевидной и полулунной костей отмечено в течение 3 месяцев. Отдаленные результаты прослежены в сроки от 1 года до 3 лет. При изучении восстановления функции кисти выявлено отсутствие нарушений функций кистевого сустава, хорошие и отличные результаты лечения получены в 98,6 % случаев.

Заклучение. Применение предложенного способа хирургического лечения последствий повреждений и заболеваний ладьевидной и полулунной костей запястья позволяет значительно улучшить кровоснабжение костных структур в целом, остановить дальнейшую деструкцию, индуцировать процессы остеогенеза, получить сращение в оптимальные сроки и восстановить функцию кистевого сустава.

КИЦЕНКО Е.А., ЛУКИНА Е.А., ЛЮБИВЫЙ Е.Д.,
СЫСОЕВА Е.П., ДМИТРЕНКО Е.В., ДЕМЬЯНОВ А.И.
*РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН,
Гематологический научный центр РАМН,
ГКБ № 20,
ММА им. И.М. Сеченова,
г. Москва*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

У ряда больных внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ) обусловлена хроническими миелопролиферативными заболеваниями. Указанные заболевания являются не только этиологическим фактором, но и влияют на динамику и особенности течения патологического процесса. Это следует учитывать как при выборе тактики лечения основного заболевания, так и при выборе метода лечения в связи с развитием портальной гипертензии.

Цель исследования — разработка тактики хирурга при лечении и профилактике кровотечений

из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с заболеванием системы крови.

За последние 15 лет в клинике наблюдались 74 пациента с заболеванием системы крови и портальной гипертензии. 38 из них ранее наблюдались гематологами и получали цитостатическую терапию (гидреа) для лечения основного заболевания. У 36 больных диагноз миелопролиферативного заболевания диагностирован впервые. У 52 пациентов из 74 проведено обследование на предмет наличия тромбофилий с помощью моле-

кулярно-генетического исследования ДНК методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). У 44 больных (84 %) были обнаружены различные формы тромбофилий, которые привели к тромбозу сосудов портальной системы. Пищеводно-желудочные кровотечения были у 57 больных.

У 17 больных была угроза кровотечения по данным ЭГДС (ВРВ II-III степени с васкулопатией). Особенностью ВРВ у этих пациентов являлась их локализация, как в пищеводе, так и в кардиальном и даже фундальном отделах желудка, что лимитировало нас в плане выполнения эндоскопических вмешательств, в частности, эндоскопического лигирования латексными кольцами.

Показанием к плановой операции явились рецидивы пищеводно-желудочных кровотечений или угроза их возникновения. В связи с этим, выполнялись следующие операции: сосудистые анастомозы в различных вариантах или прошивание ВРВ пищевода и желудка. В плановом порядке хирургические вмешательства выполнены 41 больному, в срочном — 12. Сосудистые анастомозы удалось выполнить в плановом порядке только у 5 больных (10,4 %). Такая небольшая доля связана с тотальным тромбозом сосудов портальной системы вследствие основного миелопролиферативного заболевания. 33 пациентам выполнена гастротомия с прошиванием ВРВ пищевода и желудка, при этом у 6 пациентов она сочеталась со спленэктомией по гематологическим показаниям. Изолированная спленэктомия в связи с сегментарной ВПГ и кровотечениями из ВРВ фундального отдела желудка была выполнена у 3 больных. 10 больным было выполнено эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода. У всех этих больных ВРВ были III степени с локализацией в пищеводе. Послеоперационной летальности при плановых оперативных вмешательствах не было. По срочным

показаниям всем 12 больным выполнена гастротомия, прошивание ВРВ пищевода и желудка. В послеоперационном периоде умерли 2 (16,7 %). Причиной смерти у обоих умерших больных явился геморрагический шок, ДВС синдром.

Сроки наблюдения составили от 1 года до 15 лет. В отдаленном периоде умерли 9 больных (6 от прогрессирования хронического миелолейкоза, 2 от кровотечения, 1 от инфаркта миокарда). Живы по настоящее время 60 больных. Рецидивы кровотечения отмечены у 19 (27,5 %).

В отдаленном периоде через 3 месяца после операции выполняем контрольную ЭГДС. При наличии у больных ВРВ III степени в желудке ставится вопрос о повторном оперативном вмешательстве, что было выполнено у 3 больных. При наличии ВРВ III степени в пищеводе выше места прошивания производится эндоскопическое лигирование, что было выполнено у 8 больных. После повторных операций и эндоскопических вмешательств рецидивов кровотечений не было. Пациенты с ВРВ I-II степени без угрозы кровотечения подлежат динамическому наблюдению.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены следующие особенности больных с ВПГ и хроническим миелолейкозом: распространение ВРВ в пищеводе на всем его протяжении, в желудке за пределы кардиального отдела на область его дна и тела; тотальный тромбоз сосудов портальной системы; преимущество выполнения хирургического вмешательства в плановом порядке при проведении специфической терапии (цитостатической, антикоагулянтной) в программе предоперационной подготовки и послеоперационного лечения; специфическая терапия назначается строго индивидуально в зависимости от течения хронического лейкоза. Поэтому лечение должно осуществляться совместно с гематологами.

КОЗЛОВ С.В.

НИИ Гастроэнтерологии СГМУ,

*ФГУЗ ФМБА России КБ № 81 Межрегиональный центр хирургии и гастроэнтерологии,
г. Северск, Томская обл., Россия*

ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ

Успех лечения рака молочной железы (РМЖ) зависит от множества факторов и условий, среди которых немаловажную роль играют биологические черты опухоли и степень ее распространения к началу лечения. Основным этапом лечения РМЖ является хирургический. Одним из очагов поражения при лимфогенном метастазировании РМЖ являются парастернальные лимфатические узлы. Парастернальный лимфоот-

ток происходит по многочисленным лимфатическим сосудам, исходящим преимущественно из центральных и медиальных отделов молочной железы. Число парастернальных узлов с каждой стороны непостоянно, их количество составляет в среднем от 3 до 17. В большинстве случаев парастернальные лимфатические узлы небольшие — от 0,1 до 0,5-1 см, но могут достигать и 2 см в диаметре. При расположении первичной опухоли в цен-

тральных и медиальных квадрантах молочной железы метастазы в парастеральном коллекторе выявляются в 15,7-60 % случаев. По Международной классификации злокачественных опухолей TNM показатель N3 подразумевает поражение парастеральных лимфатических узлов.

Поэтому, мы считаем, что обязательным этапом операции при раке молочной железы центральной и медиальной локализации должна быть видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция (ВТПЛ).

ВТПЛ производим под общим обезболиванием (раздельная интубация легких двухпросветной трубкой типа Карленса не обязательна). Под грудную клетку на стороне операции подкладываем высокий валик клинообразной формы. Больную укладываем в положение, промежуточное между положениями на спине и на боку. В плевральную полость вводим 3 торакопорта: в пятом межреберье по среднеключичной и среднеаксиллярной линиям и в четвертом межреберье по переднеаксиллярной линии. После мобилизации внутренние грудные артерию и вены клипируем и резецируем с жировой клетчаткой и лимфатическими узлами в едином блоке. Плевральную полость после рас-

правления легкого дренируем одним дренажем в течение 1 суток.

ВТПЛ при опухолях центральных и медиальных квадрантов молочной железы в нашей клиники выполнена 25 пациентам. Метастазы в парастеральные лимфатические узлы обнаружены у 9 больных (36 %), у 16 пациентов (64 %) метастатического поражения парастеральных лимфатических узлов не выявлено. Следует отметить, что у всех оперированных пациентов морфологически подтверждено метастатическое поражение аксиллярного лимфатического коллектора. В случаях радикальной мастэктомии с одномоментной маммапластикой (как правило, использовался ТРАМ лоскут) ВТПЛ выполнялась первым этапом. После выполнения видеоторакоскопической парастеральной лимфодиссекции послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Таким образом, видеоторакоскопическая парастеральная лимфодиссекция является высокоэффективным и малотравматичным методом удаления парастерального лимфатического коллектора. Эту операцию можно считать стандартом в лечении рака молочной железы центральной и медиальной локализации.

КОЗЛОВ С.В

*НИИ гастроэнтерологии СибГМУ,
ФГУЗ ФМБА России КБ № 81 Межрегиональный центр хирургии и гастроэнтерологии,
г. Северск, Томская обл., Россия*

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Представлены результаты оперативного лечения 196 больных с ГЭРБ. В диагностике использовались: трансабдоминальная ультрасонография, (24-х часовая) рН-метрия, эзофагеальная и антродуоденальная манометрия, эндоскопическая ультрасонография. У 156 пациентов выполнена операция по оригинальной методике (способ моделирования искусственного нижнего пищеводного «сфинктера»).

Результаты и обсуждение. Критериями органической недостаточности замыкательной функции кардии являются: 1. давление в области НПС менее 13 мм рт. ст. и отрицательная проба с прокинетиками по данным манометрии; 2. расширение просвета пищевода в дистальном отделе и области ПЖП по данным рентгенологического исследования; 3. расширение пищеводного отверстия диафрагмы при ретроградном осмотре кардии; 4. расширение абдоминального отдела пищевода более $17 \pm 2,3$ мм и его внутреннего просвета бо-

лее 5 мм, тупой угол Гиса по данным трансабдоминальной ультрасонографии; 5. фиброзная трансформация структур стенки пищевода; 6. амплитуда сокращения тела пищевода на уровне 30-40 мм рт. ст.; 7. пищевод Баррета.

Через 1,5 месяца после операции обследовано 94 % пациентов. У 4 пациентов отмечалась легкая дисфагия, которая самостоятельно кушировалась. 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 Тоуре).

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

рактер. Применение разработанной лапароскопической технологии антирефлюксной операции позволяет исключить развитие основных постфундопликационных осложнений.

КОНОВАЛОВ А.А., АЛЕКСЕЕВ А.М.

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

ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ АППЕНДЭКТОМИЯХ

В настоящее время острый аппендицит остается одним из самых распространенных заболеваний в ургентной хирургии при постоянном росте процента аппендэктомий из малоинвазивных доступов (лапароскопическая или видеоассистированные аппендэктомии). Считается, что лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ, в том числе и за счет значительно уменьшения количества применяемых в послеоперационном периоде анальгетиков.

Цель исследования — оценка болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде при различных видах оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита в зависимости от формы заболевания и вида анестетика.

Материал и методы. В МЛПУ ГКБ № 1 г. Новокузнецка с мая 2008 г. выполняется обязательная оценка выраженности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде всем пациентам, оперированным по поводу острого аппендицита. В работе представлено исследование 185 аппендэктомий различными способами — 82 женщинам (44,3 %) и 103 мужчинам (55,7 %) в возрасте от 15 до 73 лет (средний возраст 33,4 года).

Всем пациентам в исследовании проводилась оценка послеоперационного болевого синдрома в течение первых 24 часов с использованием визуально-аналоговой шкалы.

В бланке исследования отмечалась выраженность болевого синдрома постановкой только одного знака в графе, соответствующей графическому изображению психо-эмоционального состояния пациента в форме рисунка в определенный промежуток времени. Опрос производился каждые 6 часов в течение первых суток мед. сестрой и контролировался дежурными врачами.

Столбец «не больно» соответствует 0 баллу, а каждый последующий столбец соответствует увеличению значения предыдущего столбца на 1 балл (например: столбец «существенно больно» соответствует 3 баллам). Столбец «очень больно» име-

ет максимальное значение 4 балла. Любая сумма баллов свыше 6 расценивалась как неадекватное обезболивание и являлась критерием для увеличения кратности введения, либо смены используемого анальгетика.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 146 больным (79,2 %) — основная группа, а традиционная аппендэктомия — в 39 случаях (20,8 %) — контрольная. Видеоассистированные аппендэктомии ввиду малого процента от числа выполненных операций в исследование не включались. Послеоперационная анальгезия в первые 24 часа достигалась интраоперационным введением в область послеоперационной раны нарпина, либо внутримышечным введением в послеоперационном периоде кеторола (1 мл), либо наркотических анальгетиков (промедол 2 % — 1 мл) в допустимых суточных концентрациях.

В основной группе (146 лапароскопических аппендэктомий) в 11 случаях (7,6 %) выявлена гангренозная форма аппендицита, в том числе в 8 случаях (5,5 %) — в сочетании с местным и распространенным гнойным перитонитом; флегмонозная — 131 (89,7 %), катаральная — 4 (2,7 %). В контрольной группе (39 аппендэктомий из традиционного доступа) — гангренозная форма в 12 случаях (30,7 %), флегмонозная — в 25 (64,1 %), катаральная — в 2 (5,1 %).

Метод исследования: статистический (анализ полученных данных с применением метода математической статистики, критерий Стьюдента).

В контрольной группе среднесуточная выраженность болевого синдрома при всех формах составляет 4,56 балла, а в основной — 4,18. Различия статистически недостоверны, $p = 0,279$. При детализации результатов форм аппендицита и вида анестетика внутри групп различия по выраженности среднесуточного болевого синдрома в первые сутки статистически не достоверны.

Выводы. Выраженность болевого синдрома в первые сутки после лапароскопической аппендэк-

томии не имеет статистически достоверных различий, по сравнению с традиционным доступом,

в зависимости от формы заболевания и вида используемых анестетиков.

КОСТЮКОВ А.В., ЛЕЩИШИН Я.М., КОНОВАЛОВ А.А.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии,

МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,

г. Новокузнецк

МЕСТНАЯ ЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Лечение и профилактика гнойно-воспалительных заболеваний остается актуальной и трудноразрешимой проблемой в современной хирургии. Задачей нашего исследования является повышение местного иммунитета путем создания цитокиновой помпы в очаге воспаления.

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с гнойной хирургической инфекцией мягких тканей путем использования местной цитокиновой терапии.

Материалы и методы исследования. В первые-вторые сутки после неотложного оперативного вмешательства, или перед плановым или отсроченным оперативным вмешательством производился забор крови пациента в количестве 100-150 мл. После выполнялось центрифугирование крови в обычном режиме. Затем удалялась плазма, при этом сохранялся верхний клеточный слой над эритроцитами. В полученную клеточную массу добавляли рекомбинантный ИЛ-2 человека и 200 мл физиологического раствора. Инкубировали при температуре 37°C в течение 50-60 минут, затем центрифугировали в обычном режиме. Далее полученную взвесь разделяли в стерильные флаконы по 70-80 мл, оставшаяся клеточная масса утилизировалась. Создание в очаге воспаления цитокиновой помпы проводится двукратно, в 1-е и 3-е сутки. Супернатант вводился в подкожно-жировую клетчатку на 1,5-2 см вокруг послеоперационной раны, создавая тем самым ползучий инфильтрат, в состав которого входят аутологичные цитокины.

Результаты и их обсуждение. Местная цитокиновая терапия проведена 21 больным (10 женщин, 11 мужчин), оперированным лапаротомными доступами, в нескольких случаях с предварительной диагностической лапароскопией. У всех пациентов послеоперационная рана была бактериально загрязнена: класс 3 по Крузе — 12, класс 4 по Крузе — 9.

Источник инфицирования ран: 3 — лигатурные свищи передней брюшной стенки после пластики полипропиленовым эндопротезом при грыжесечении, 13 — деструктивный аппендицит, осложненный: аппендикулярным абсцессом — 4, местным неотграниченным перитонитом — 1, наличие местно рыхлого аппендикулярного инфильтрата — 4; инфицированная киста урахуса с гнойным свищем — 1, колото-резаные ранения — 2, с повреждением тонкой кишки — 1, с повреждением толстой кишки — 1; холецистостомия — 2, опухоль толстой кишки с абсцедированием — 1.

Высевались *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*

В одном случае развилось нагноение послеоперационной раны, после колото-резаного ранения с пересечением толстой кишки, в результате подтекания калового содержимого из калоприемника. В остальных случаях констатировано первичное заживление послеоперационных ран.

Выводы: Местная цитокиновая терапия практически не приводит к развитию гнойных осложнений. Проведение местной цитокиновой терапии уменьшает возникновение гнойных осложнений со стороны послеоперационных ран.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Проблема исключения прогрессирования посттромботической болезни, осложнений заболевания, рецидива тромбообразования, инвалидизации и летальных исходов далека от своего разрешения. Актуальным является изучение возможности проведения лизиса тромботических масс, как безопасной и выполняемой в амбулаторном порядке процедуры.

Цель исследования – улучшить результаты лечения посттромботической болезни с помощью применения нового отечественного препарата с фибринолитическими свойствами «Тромбовазим».

Материал и методы. Под наблюдением находились 32 больных с посттромботической болезнью. Трофические язвы сопровождали течение заболевания у 19 пациентов. Сроки тромбоза глубоких вен различной локализации и протяженности у 25 больных составляли от 0,5 года до 5 лет, у 7 пациентов были неизвестны.

Все пациенты использовали лечебные компрессионные изделия (чулки) II-III классов компрессии. Флебопротекторная терапия заключалась в приеме детралекса и антистакса, антиагрегантная терапия – в приеме кардиомагнила. У 2 больных использовали постоянный прием варфарина в связи с наличием имплантированного кава-фильтра. Все пациенты проходили лечение в амбулаторном порядке.

На фоне стандартной проводимой терапии лечение Тромбовазимом проведено у 9 пациентов. Из них, 8 больных принимали препарат в дозе 4-5 таб (1600-2000 ЕД) 2 раза в день и один – по 2 таб (800 ЕД) 2 раза в день. Прием лекарственного средства осуществляли за 1 час до еды курсом 25-30 дней. Выбор дозы препарата зависел от протяженности и давности тромбоза.

Тромбовазим – принципиально новый ферментный препарат, обладающий системным протеолитическим действием в отношении нерастворимых и денатурированных белков, в том числе, прямым тромболитическим действием. Созданный на основе радиационного синтеза, препарат представляет собой иммобилизованные на полиэтиленоксиде протеазы, продуцируемые *Vac. Subtilis*. Бактериальные ферменты (молекулярная масса 27,5-31,0 кДа) характеризуются высокой активностью к денатурированным и нерастворимым белкам. Тромбовазим по фармакотерапевтической группе относится к фибринолитическим средствам. Отличительной особенностью препарата является то,

что, наряду с фибринолитическим действием, происходит и протеолиз клеточного детрита. Отсутствие влияния Тромбовазима на системный гемостаз, в отличие от известных фибринолитиков, обеспечивает его безопасность.

Ультразвуковое исследование венозной системы проводили на аппаратах Echo Camera SSD-1700 и SSD-2000, Logiq-400 с получением изображения в режиме реального времени. С целью изучения плотности тромботических масс использовали методику гистографии.

Результаты исследования и их обсуждение. Применение препарата позволило добиться лизиса тромботических масс в объеме 60-90 % у 4 пациентов с тромбозом глубоких вен нижней конечности до уровня средней трети бедра давностью 1-1,5 года после 2-3-х курсов терапии.

У 3 пациентов с тромбозом глубоких вен конечности и илеофemorального сегмента давностью 1,5-2 года после 2-3-х курсов терапии по данным гистографии доказано уменьшение плотности тромботических масс. У этих больных отмечены редукция клинической симптоматики в виде болей в паховой области, по ходу сосудисто-нервного пучка на бедре, и дополнительное уменьшение окружности нижней конечности на разных уровнях на 1-1,5 см.

У 2 пациентов пожилого возраста с неизвестными сроками тромбоза (вероятно, не менее 5 лет) и наличием трофических язв голени данных за изменение состояния тромботических масс после одного курса применения препарата не получено. Однако у них присутствовала более выраженная динамика редукции отека синдрома, по сравнению с аналогичным периодом приема флебопротекторов и антиагрегантов, а у одного из них отмечено сокращение сроков заживления язвы.

Изучение системы гемостаза не выявило изменений показателей, как во время проведения терапии, так и после нее. Нежелательных явлений и осложнений применения препарата, аллергических реакций не наблюдалось.

Заключение. На основании проведенных исследований можно заключить, что Тромбовазим эффективен при лечении посттромботической болезни, как с целью уменьшения симптомов хронической венозной недостаточности вследствие улучшения гемодинамических условий, так и с целью лизиса тромбов. Препарат безопасен при использовании у амбулаторных больных ввиду отсутствия

геморрагических осложнений. Прием Тромбовазима не требует дополнительного лабораторного контроля показателей системы гемостаза. Факто-

рами, влияющими на эффективность тромболитика, являются давность тромбоза, его локализация и распространенность.

КОШЕВОЙ А.П., ЧЕЛНОВ В.Г., ГИБАДУЛИНА И.О., ЛОБАНОВ А.Н.

*Военно-медицинский институт,
ОГУЗ ТОКБ,
г. Томск, Россия*

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ

Важнейшие задачи лечения острых венозных тромбозов – восстановление проходимости магистральных вен в целях снижения степени венозной недостаточности в остром периоде заболевания и уменьшения тяжести пост-тромбофлебитического синдрома в отдаленные сроки, а также исключение рецидива тромбообразования.

Потенциальная опасность тяжелых осложнений регионарной тромболитической терапии, основными из которых являются геморрагические и тромбоэмболические осложнения, тщательный отбор пациентов и строгий учет всего спектра противопоказаний, проведение методики согласно принципам эндоваскулярной хирургии [Савельев В.С. и др., 2001] ограничивают широкое применение тромболитика при тромбозах глубоких вен нижних конечностей в клинической практике.

Цель исследования – улучшить результаты лечения острых венозных тромбозов магистральных вен нижних конечностей с помощью применения нового отечественного фибринолитика «Тромбовазим».

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 4 больных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей вплоть до подвздошной вены (1) и с захватом этого венозного сегмента (3) без признаков флотации проксимального участка тромба. У 3 пациентов наблюдалось одностороннее поражение, у одной – двустороннее.

Нарушение проходимости у одной онкологической больной возникло после операции на органах малого таза, у одного – после протезирования тазобедренного сустава, у одного – после операции из эндоскопического доступа по поводу варикоцеле в связи с наложением клипс на подвздошную вену и у одного причина не была определена. Следует отметить, что у первых двух больных тромботические осложнения развились при отсутствии их предоперационной медикаментозной и компрессионной профилактики.

Тромбовазим применяли внутрь в дозе 4-5 таб (1600-2000 ЕД) 2 раза в день, строго за 1 час до еды в течение 3-4 недель. У одного пациента те-

рапия была начата через 2 суток после верификации диагноза, у 3 – в сроки 7-20 суток после клинической манифестации острого венозного тромбоза и характеризовалась как «поздний тромболитизис». Применение Тромбовазима проводилось на фоне стандартной антикоагулянтной терапии с применением прямых и непрямых антикоагулянтов.

Тромбовазим – принципиально новый ферментный препарат с выраженным антитромботическим эффектом, прямым тромболитическим действием на свежий тромб, не оказывает влияния на системный гемостаз, отличается от известных фибринолитиков безопасностью и отсутствием токсичности.

Все пациенты после выписки из стационара продолжали прием препарата, а также применяли ежедневное ношение лечебных компрессионных изделий (чулок) II класса компрессии. После редукции отека пациенты своевременно переходили на ношение изделия на 1-2 размера меньше. Флебопротекторная терапия заключалась в одновременном приеме детралекса и антистакса, антиагрегантная терапия – в приеме кардиомагнила после перехода на использование непрямых антикоагулянтов.

Ультразвуковое исследование венозной системы проводили на аппаратах Echo Camera SSD-1700 и SSD-2000 с получением изображения в режиме реального времени.

Результаты исследования. Применение препарата в указанной дозе в течение 3 недель позволило добиться полной дезобструкции глубоких вен у одного пациента с началом терапии в ранние сроки. У 2 пациентов после 4-х недельного курса терапии достигнуто частичное восстановление проходимости вен, и у одного больного отмечено снижение плотности тромботических масс. У всех пациентов на фоне приема Тромбовазима присутствовала выраженная динамика редукции отека.

Процесс лизиса тромбов исследовали с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Он проходит несколько условных стадий: пропи-

тывание, разрыхление и деполимеризация тромботических масс с образованием продуктов деградации фибрина (димеров), что подтверждает безопасность тромбозима в плане эмбологенности. Подобным образом разрушается и клеточный детрит.

Изучение системы гемостаза не выявило изменений показателей, как во время проведения терапии, так и после нее. Нежелательных явлений и осложнений применения препарата, аллергических реакций не наблюдали.

Закключение. Первый опыт применения данного вида тромболитической терапии свидетельствует об ее эффективности и безопасности, по сравнению с данными литературы, освещающими результаты методики регионарного тромболитизиса. Прием средства не вызывает изменений показателей системы гемостаза. Дальнейшие исследования позволят вывить факторы, влияющие на эффективность тромболитизиса, помимо давности и протяженности тромбоза.

ЛЕВИТСКИЙ В.Д., ЯРЦЕВ П.А., ПАХОМОВА Г.В.,
ГУЛЯЕВ А.А., ДЗАГАНИЯ Ш.Г., ЧЕРНЫШ О.А.
*НИИ СП имени Н.В. Склифосовского.
г. Москва.*

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ

В настоящее время для диагностики и лечения острого аппендицита широко используются лапароскопия (О.Э. Луцевич, 2004; С.А. Касумьян, 2006; С.И. Емельянов, А.В. Сажин, 2009). Большинство авторов сообщают о хороших результатах лечения с использованием этого метода (Karl A. LeBlanc, 2004; Ю.Г. Шапкин, 2004; А.Ф. Васильев, 2006; А.В. Сажин, А.П. Уханов, 2009). Однако с целью профилактики необходимо учитывать и редкие послеоперационные осложнения лапароскопической аппендэктомии.

Материалы. С 2008-2009 года у пациентов с острым аппендицитом было выполнено 388 лапароскопических вмешательств. Средний возраст больных составил $29,2 \pm 11,9$ лет; 212 мужчин (54,7 %) и 176 женщин (45,3 %). Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 321 пациенту (82,7 %), а у 67 больных (17,3 %) установлены показания к конверсии.

Методы. Показаниями к диагностической лапароскопии при подозрении на острый аппендицит считали невозможность исключить острый аппендицит в течение 3 часов при динамическом наблюдении; необходимость дифференциальной диагностики с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Показаниями к конверсии при ревизии брюшной полости («обзорной лапароскопии») считали распространенный перитонит с выраженной дилатацией тонкой кишки более 3 см (требуется назоинтестинальная интубация); фрагментацию отростка, что делало невозможным его тракцию и мобилизацию; спаечную болезнь брюшной полости.

При отсутствии противопоказаний к эндохирургическому вмешательству и клинически и ин-

струментально верифицированном диагнозе «острый аппендицит» аппендэктомия выполнялась лапароскопическим методом.

Для мобилизации червеобразного отростка его брыжеечку и висцеральные спайки коагулировали с использованием биполярной электрокоагуляции. Этот метод мы считаем достаточным при любом анатомическом варианте расположения артерии червеобразного отростка.

Использовались следующие методы обработки культи червеобразного отростка: «погружной метод» (погружение лигированной культи в «Z»-образный шов), «лигатурный» (обработка культи 2 лигатурами), клипирование культи отростка двумя титановыми клипсами.

Результаты. При анализе результатов лапароскопической аппендэктомии нами были выявлены следующие послеоперационные осложнения.

После клипирования культи червеобразного отростка в 5 наблюдениях из 42 (11,9 %) при УЗИ на 3-5 сутки послеоперационного периода был выявлен инфильтрат в зоне операции, который клинически проявился лишь в одном случае. На фоне консервативного лечения во всех наблюдениях достигнут полный регресс инфильтрата (клинически и по данным УЗИ).

При «лигатурном» методе обработки культи отростка в 2 случаях из 274 (0,7 %) развилась несостоятельность культи червеобразного отростка, которая проявилась в одном наблюдении поступлением кишечного содержимого по дренажной трубке, а во втором — формированием абсцесса брюшной полости и внутреннего кишечного свища. Оба пациента были выписаны после консервативного лечения, на фоне которого достигнута облитера-

ция кишечного свища на 28 и 26 сутки послеоперационного периода. Успешность терапии этих осложнений мы связываем, в первую очередь, с адекватным дренированием брюшной полости через зону операции. При ретроспективном анализе установлено, что в обоих наблюдениях были выраженные воспалительные изменения в области основания червеобразного отростка. В дальнейшей практике, при наличии воспалительных изменений в области основания червеобразного отростка и явлениях отграниченного перитонита, мы использовали «погружной» метод.

В одном наблюдении (0,5 %) отмечено развитие ранней спаечной тонкокишечной непроходимости, что потребовало повторной операции. У данного пациента давность заболевания до момента госпитализации составила 72 часа. На операции выявлен гангренозно-перфоративный аппендицит, а также отмечена выраженная воспалительная инфильтрация брыжеечки червеобразного отростка. В данном случае был использован комбинированный метод обработки основания червеобразного отростка: на культю аппендикса были наложены

1 петля Редера и титановая клипса. При лапаротомии на 4-е сутки от момента первой операции выявлена фиксация участка тонкой кишки в виде «двустволки» к месту коагулированной брыжеечки, а также миграция клипсы с культи основания отростка в свободную брюшную полость. Это свидетельствует о ненадежности метода клипирования культи отростка.

Заключение. На основании результатов лечения 321 пациента мы считаем наиболее целесообразным формирование на остающейся части отростка 2 лигатур, так как этот метод является наиболее простым и удобным для оперирующего хирурга и сокращает время операции, по сравнению с «погружной» методикой. Показанием к «погружному» методу является наличие воспалительных изменений в основании червеобразного отростка в сочетании с признаками отграниченного перитонита в правой подвздошной области. Метод клипирования не может быть рекомендован к использованию в связи с его ненадежностью и более длительным сохранением воспалительных явлений в зоне операции.

ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г., СЕРЕБРЕННИКОВА Е.В.
МУЗ ГКБ № 29 «МСЧ ОАО ЗСМК»,
Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕНТИРОВАНИЯ ТРАХЕИ

В настоящее время существует масса методик эндоскопического лечения стенозов трахеи с различной морфологической картиной. Часто это лечение обречено на неудачу без применения эндотрахеальных стентов, позволяющих стабилизировать просвет трахеи и обеспечивающих пациенту свободное дыхание в течение длительного времени.

Цель — оценить отдалённые результаты сентирования у пациентов с рубцовым стенозом трахеи эндопротезом оригинальной конструкции.

Материалы и методы. Изучены результаты эндопротезирования трахеи у пяти пациентов, выполненного в 2007-2009 годах. Пролечены 2 мужчин и 3 женщины, возраст от 17 до 63 лет. Использовали алгоритм обследования и лечения пациентов. Все пациенты осматривались торакальным хирургом, затем проводилось рентгенологическое и эндоскопическое обследование. Диагностическую фибробронхоскопию выполняли бронхоскопом Olympus под местным обезболиванием 1 % раствором дикаина. Бужирование рубцового стеноза проводили пищеводными бужами и с помощью тубусов ригидного бронхоскопа Karl Storz под внутривенным обезболиванием. Применяли са-

мофиксирующийся стент собственной конструкции индивидуальной длины, его установку осуществляли через тубус бронхоскопа пищеводным бужом.

Результаты и обсуждение. Целью эндоскопического исследования являлось уточнение диагноза, определение локализации и, по возможности, протяжённости патологического участка, а также санации бронхиального дерева при субкомпенсированных стенозах. На следующий день, в плановом порядке, проводили бужирование и сентирование трахеи в условиях реанимационного отделения. Бригада состояла из врача-эндоскописта, торакального хирурга и анестезиолога. После насильственного расширения зоны стеноза и санации в просвет трахеи вводили эндопротез.

У 3 человек имел место субкомпенсированный стеноз (до 0,6 см), располагающийся в шейном отделе трахеи, при этом в одном из вариантов ретенноз появился после операции циркулярной резекции трахеи в шейном отделе. В одном случае эксцентрическое рубцовое сужение располагалось в грудном отделе, размер его составлял 0,4 см. Протяжённость изменённой зоны не превышала 3 колец трахеи. Протяжённый рубцовый стеноз трахеи (до 5 см) мы наблюдали в одном случае,

эта зона находилась между верхней и средней третью трахеи.

Осложнений во время операции не было. Через 2-3 дня пациенты выписывались на амбулаторное наблюдение.

Контрольные бронхоскопии выполнялись каждый месяц, также применялись ингаляции с муколитиками, интратрахеальный лаваж с антибиотиками и гормонами, низкоинтенсивное лазерное облучение. Из жалоб, предъявляемых на момент контрольного осмотра, отмечено затруднение отхождения мокроты по утрам у 2 пациентов, чувство инородного тела и затруднения дыхания не отмечено. Длительность стентирования составляла не менее 6-7 месяцев, отмечена чёткая фиксация эндопротеза в месте установки, смещений последне-

го мы не наблюдали, в 2-х случаях отмечен рост грануляций у проксимального края, удалены с помощью биопсийных щипцов и электрокоагуляции.

Удаляли стент в плановом порядке, после госпитализации в стационар.

В результате стентирования удалось добиться стабилизации стеноза диаметром до 1,1 см у 3 человек. Одна пациентка погибла по причине сердечного заболевания. Одному пациенту выполнено рестентирование.

Выводы: Эндопротезирование трахеи является доступным методом интервенционного лечения, и должно выполняться в специализированных отделениях. Постоянный мониторинг и местное лечение существенно улучшают результаты стентирования.

ЛУБЯНСКИЙ В.Г., ЖАРИКОВ А.Н.

*Алтайский государственный медицинский университет,
ГУЗ «Краевая клиническая больница»,
г. Барнаул*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Несмотря на достижения современной хирургии, возникновение острой перфорации тонкой кишки или несостоятельности межкишечного анастомоза на фоне послеоперационного распространенного перитонита нередко фатально заканчивается для больного. Летальность достигает 50-90 %. Резекция тонкой кишки вместе с несостоятельным энтероэнтероанастомозом в условиях инфицированной брюшной полости может осложниться новой несостоятельностью вновь наложенного соустья.

В этой ситуации были предложены различные варианты хирургического лечения: наложение межкишечного анастомоза с оставлением разгрузочной концевой энтеростомы по Майдлю, резекция анастомоза с выведением концов кишки на переднюю брюшную стенку, отключением зоны анастомоза путем выведения концевой (или петлевой) илеостомы, экстраперитонизация межкишечного соустья. Нередко на формирование нового соустья в условиях перитонита приходится идти вынужденно. Преимуществом метода отсроченного анастомозирования является снижение риска несостоятельности межкишечного анастомоза вследствие формирования его в условиях купирующегося воспаления в кишечной стенке и брюшной полости.

Материалы и методы. В клинике концентрируются больные из городов и районов края с послеоперационным распространенным перитонитом. На-

мо обследовано и оперировано 58 больных. Причиной послеоперационного перитонита явилось нарушение целостности стенки тонкой кишки (острая перфорация, очаговый некроз или несостоятельность межкишечного анастомоза). Мужчин было 37 (63,8 %), женщин – 21 (36,3 %). Возраст варьировал от 20 до 76 лет и составил в среднем 47 лет.

Наиболее частыми заболеваниями, приведшими к развитию перитонита, были острая спаечная кишечная непроходимость (48,3 %), травмы органов брюшной полости (24,1 %). Непосредственной причиной развития перитонита у 18 больных (31 %) была несостоятельность швов после зашивания острых перфораций тонкой кишки и у 24 больных (41,4 %) – несостоятельность межкишечных энтероэнтероанастомозов.

В зависимости от метода хирургического лечения, все больные с послеоперационным перитонитом были разделены на 2 группы. Первую составили 24 пациента с несостоятельностью межкишечного энтероэнтероанастомоза. Им были выполнены «обструктивные» резекции тонкой кишки с последующим отсроченным анастомозированием. Во вторую группу вошли 34 больных с острыми перфорациями тонкой кишки различного генеза. Этим пациентам во время санаций брюшной полости производилось зашивание перфораций тонкой кишки, а также применение обструктивных резекций в случаях сегментарного мезентериального тромбоза.



Результаты. Всем пациентам первой группы во время релапаротомии были выполнены обструктивные резекции тонкой кишки. Сущность хирургической тактики заключалась в следующем. Производилась релапаротомия, во время которой уточнялись характер, распространенность воспалительного процесса в брюшной полости, причина образования дефекта в стенке тонкой кишки. Выполнялась обструктивная резекция пораженного участка тонкой кишки. Приводящий и отводящий участки кишки зашивались наглухо, погружаясь в кيسетные швы. С целью декомпрессии тонкой кишки производилась назоинтестинальная интубация ее приводящих отделов.

Операция заканчивалась санацией и дренированием брюшной полости. Через 24-48 часов выполнялась санационная релапаротомия «по программе». По мере стихания острого воспаления в брюшной полости (светлый экссудат, единичные налеты фибрина, уменьшение отека кишечной стенки, блестящий серозный покров) накладывался отсроченный межкишечный анастомоз «бок в бок» одно-двухрядным швом атравматическим шовным материалом. Средние сроки до наложения соустья составили $38,5 \pm 0,5$ часов.

В последующем, при плановой санации брюшной полости, у 68,4 % пациентов был использован межкишечный энтероэнтероанастомоз, у 32,6 % анастомоз был наложен с ободочной кишкой (илеотрансверзоанастомоз), вследствие короткой культи подвздошной кишки. Отсроченный анастомоз у большинства пациентов накладывался во время второй релапаротомии, и лишь у 15 % – во время третьей.

Назоинтестинальная интубация при первичной санации брюшной полости была использована у всех больных. Время нахождения кишечного зонда составило в среднем 5 суток, из них 3 суток декомпрессия осуществлялась после наложения отсроченного анастомоза. Критериями для удаления зонда служили появление перистальтики кишечника, снижение количества отделяемого по зонду, наличие самостоятельного стула. Осложнений назоинтестинальной интубации в послеоперационном периоде не выявлено. Релапаротомии «по требованию» после отсроченного анастомозирования были выполнены у 8 больных (40 %). Несостоятельности межкишечных анастомозов не выявлено ни в одном случае. Умерли 5 больных, что составило 20,8 %.

Из 34 больных второй группы с послеоперационным перитонитом, у 12 человек причиной острых перфораций тонкой кишки явился сегментарный мезентериальный тромбоз. Тактика в этой ситуации была различной. У этих больных мы также пошли на обструктивные резекции тонкой кишки с последующими плановыми санациями. Однако результаты этих операций оказались хуже. У 3 больных развилась несостоятельность швов отсроченного анастомоза и повторные перфорации тонкой кишки. Летальность составила 25 %. Это связано, прежде всего, с нарушением мезентериального кровотока и очаговым некрозом кишечной стенки.

У 22 пациентов второй группы имелись изолированные острые перфорации тонкой кишки. В этих случаях во время санаций мы шли только на зашивание перфорационных отверстий. Как и в первой группе, основной этап операции включал в себя санацию, декомпрессию тонкой кишки путем трансназальной интубации, дренирование брюшной полости. Летальность 31,8 %. У 16 больных (72,7 %) после рецидива перфорации мы вынуждены были выполнить обструктивные резекции тонкой кишки и в 9 наблюдениях (56,3 %) нам удалось спасти больных и достигнуть выздоровления.

Выводы:

1. При наличии несостоятельности швов энтероэнтероанастомоза на фоне послеоперационного распространенного перитонита использование обструктивной резекции тонкой кишки в сочетании с кишечной декомпрессией и последующим отсроченным анастомозированием позволяет добиться выздоровления у большинства больных, летальность составила 20,8 %.
2. Применение обструктивных резекций тонкой кишки с отсроченным межкишечным анастомозированием при острых перфорациях тонкой кишки, связанных с сегментарным мезентериальным тромбозом, сопровождается большим риском осложнений, составившим 25 % несостоятельности швов отсроченного энтероэнтероанастомоза.
3. В случаях острой перфорации тонкой кишки на фоне послеоперационного распространенного перитонита зашивание перфоративного отверстия в сочетании с кишечной интубацией сопровождается летальностью 31,8 %.

ИМПЛАНТИРУЕМАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ

Имплантируемый стимулятор для ускорения регенерации хирургических швов применяется следующим образом. На завершающем этапе формирования хирургического шва на всем его протяжении дополнительными швами фиксируется проволочный электрод (активный) таким образом, чтобы его изолированная часть оказалась у проксимального края шва. Избыток неизолированной части проволочного электрода отсекается у дистального края шва. Рядом, на оперируемом органе, на определенном расстоянии, параллельно активному электроду, фиксируется неизолированная часть пассивного проволочного электрода. Ориентируя свободные от фиксации изолированные части электродов по прямой линии от их фиксированных порций, определяется оптимальное место для имплантации электростимулятора, которая осуществляется изнутри раны, под кожу, в удобной, с учетом последующего удаления стимулятора, зоне.

По прошествии от одной до 3-х недель производится разрез над пальпируемым под кожей стимулятором, который без труда удаляется из своего ложа с последующим вытягиванием электродов. Поскольку электроды, фиксируемые к тканям, тонкие (100-200 мкм) и вокруг них образуется соединительно-тканная муфта, удаление их осуществляется свободно и безболезненно. Кожный разрез над ложем стимулятора ушивается одним кожным швом.

Экспериментальное исследование № 9. Протокол № 9 от 12 декабря 1999 г. Хронический опыт. Подопытное животное: собака, вес 16 кг.

На фоне смоделированного калового перитонита трехдневной давности выполняется резекция тонкой кишки в двух зонах: 1-й анастомоз — 60 см от связки Трейца, и 2-й анастомоз — 60 см от илеоцекального угла. В обоих случаях накладываются анастомозы бок в бок, длиной по 5 см, однорядными непрерывными швами хромированным кетгутом. В первом анастомозе, в зоне противобрыжеечной порции шва фиксируется активный электрод длиной 5 см. Пассивный электрод длиной 5 см фиксируется по брыжеечному краю приводящей порции тонкой кишки. Стимулятор через дополнительный разрез со стороны брюшины помещен под кожу. В послеоперационном периоде: только симптоматическое лечение.

Релапаротомия через неделю: перитонит не купировался. 2-й анастомоз (контрольный) отечен,

воспаление стенок кишки, в зоне противобрыжеечной порции шва — отверстие до 1 см с отечными краями, из которого свободно истекает кишечное содержимое. 1-й анастомоз, несмотря на перитонит, состоятелен, выдерживает компрессию до 250 мм рт. ст. Анастомозы резецированы для гистологического исследования. Просвет кишки восстановлен 3-х рядными швами. Брюшная полость промыта антисептиками и антибиотиками, ушита наглухо.

При гистологическом исследовании (на 7-е сутки):

В зоне 2-го анастомоза: на серозной оболочке имеется слой фибринозно-гнойных наложений. Все слои тонкой кишки инфильтрированы сегментоядерными лейкоцитами. Степень инфильтрации увеличивается по направлению к серозной оболочке. Слизистая в области раны лишена эпителия. Регенерация хирургического шва практически отсутствует. Подслизистый слой неравномерно утолщен и разволокнен в связи с отеком. В мышечной оболочке имеются изменения, аналогичные описанным выше.

В зоне 1-го анастомоза: несмотря на фибриновые наслоения по серозной оболочке тонкой кишки в проекции анастомоза, слои кишечной стенки более организованы, коллагеновых и агирофильных волокон значительно больше, прослеживается восстановление слизистой оболочки, покрытой полноценным эпителием, в стенке кишки отмечается более выраженное, по сравнению со 2-м анастомозом, разрастание соединительной ткани. По ходу соприкосновения серозных оболочек в зоне анастомоза отчетливо определяется канал в виде «муфты» из зрелой соединительной ткани, от которого в глубину стенок кишки распространяются соединительно-тканые «лучи».

Всего проведено 19 экспериментальных исследований на собаках. Двое животных вышли из эксперимента по причине тяжести экспериментального перитонита. Из 17-ти исследуемых анастомозов только в одном случае наблюдались признаки несостоятельности анастомоза (6 %). Среди контрольных анастомозов несостоятельность выявлена в 14 случаях (82 %).

Как видно из приведенных данных, предлагаемый имплантируемый электростимулятор хирургических швов в зоне межкишечного анастомоза способен стимулировать формирование полноценного рубца даже в экстремальных условиях: пе-

ритониты, гнойные осложнения, технические погрешности наложения хирургического шва (Патент РФ № 2326703).

Таким образом, нами впервые показано, что низкоэнергетический модулированный импульсный

ток в зоне анастомоза способствует быстрому разрастанию соединительной ткани, восстановлению структур резецированных органов, что ведет к надежной профилактике несостоятельности хирургического шва.

МОТОРЫКИН А.С., БЕЛОУС И.А.

ФГУЗ ФМБА России КБ 81 Межрегиональный центр хирургии и гастроэнтерологии,
г. Северск, Томская обл., Россия

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ III СТАДИИ

Медикаментозное лечение ахалазии кардии II-III стадии, как правило, не приводит к положительному эффекту и методом выбора является хирургическое вмешательство. Однако, если при IV стадии ахалазии (стадия декомпенсации) необходимость выполнения операции обосновывается тяжелыми проявлениями болезни, то при наличии ахалазии кардии II-III стадии вопрос о необходимости выполнения субтотальной резекции пищевода вызывает определенные «сомнения».

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 больных с ахалазией кардии II-III стадии. Среди пациентов было 18 мужчин и 24 женщины в возрасте от 18 до 70 лет. По степени ахалазии кардии II стадии – 15 больных, III стадии – 27. Длительность заболевания составила от 6 мес. до 15 лет ($m = 7,4 \pm 1,3$ лет).

Результаты и обсуждение. В клинике разработана и применяется на практике вариант операции при ахалазии кардии II-III стадии. Выполняли операцию по тотальной демускуляризации суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Способ осуществляется следующим образом. Под эндотрахеальным наркозом выполняют верхнесрединную лапаротомию. После ревизии органов брюшной полости производят мобилизацию абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, для чего низводят кардию и абдоминальный отдел пищевода вместе с клетчаткой, связочным аппаратом, стволами блуждающих нервов и их основными ветвями.

На протяжении 6-7 см мобилизуют абдоминальный и внутрихиагусный сегменты пищевода, скелетируют проксимальный участок малой кривизны тела желудка с пресечением 1-2 коротких сосудов. Выполняется селективная проксимальная ваготомия. В зоне кардиоэзофагеального перехода проводят демускуляризацию пищевода на протяжении всего суженного участка с обязательным сохранением блуждающих нервов. Для этого про-

изводят поперечные циркулярные миотомные разрезы: один на 1,5 см проксимальнее места сужения и другой на 1,5 см дистальнее кардиоэзофагеального перехода, мышечные волокна рассекают до подслизистого слоя. Без вскрытия просвета пищевода производят полное циркулярное удаление мышечно-серозного покрова, после этого на мышечную оболочку пищевода и серозно-мышечную оболочку желудка накладывают узловые швы-держалки, которые поочередно завязывают, при этом производят погружение подслизисто-слизистого футляра, формируя тем самым инвагинационный арефлюксный клапан, при этом формируют острый угол Гиса.

С целью сохранения вагусной иннервации, столь необходимой для нормального функционирования всех органов пищеварительной системы, выполняется селективная проксимальная ваготомия. Формирование инвагинационного арефлюксного клапана необходимо для предотвращения возникновения осложнений, связанных с забросом кислого желудочного содержимого в пищевод.

Разработанный способ значительно менее травматичен, чем известные способы резекции пищевода, так как позволяет ограничиться удалением только мышечной оболочки абдоминального и части нижнегрудного отдела пищевода, т.е. только тех отделов, которые и «ответственны» за развитие ахалазии кардии. Кроме того, необходимо отметить сохранение блуждающих нервов.

Всего по данной методике оперировано 24 пациента, в том числе 11 мужчин (45,8 %) и 13 женщин (55,2 %) в возрасте от 18 до 70 лет.

Течение раннего послеоперационного периода благоприятное. Среднее время пребывания больного в стационаре после операции составило $11,5 \pm 2,7$ суток. Общехирургическое осложнение имело место у 1 пациента (4,2 %) 70 лет – в раннем послеоперационном периоде развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Все пациенты осмотрены в сроки от 1,5 мес. до 5 лет после операции. Ни в одном случае не

наступил рецидив заболевания. Все пациенты трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

Проведенное клиническое и инструментальное исследование пациентов в различные сроки после операции показало, что сформированные искусственный «пищевод» и «кардия» сохраняют свою органическую и функциональную состоятельность,

обеспечивая высокий уровень качества жизни больных и отсутствие рецидивов заболевания.

Таким образом, разработанный способ хирургического лечения ахалазии кардии II-III стадии способствует не только улучшению непосредственных результатов операции, но и восстановлению качества жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде

МУГАТАСИМОВ И.Г., ЗАЙЦЕВ Н.М.
ОАО Санаторий «Прокопьевский»,
г. Прокопьевск

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Количество больных с желчекаменной болезнью в настоящее время неуклонно растет. В развитых странах мира до 20 % населения страдают этим заболеванием (Лейшнер У., 2001).

Часто желчекаменная болезнь выявляется уже в молодом и зрелом возрасте, у работающего населения. Ранняя диагностика, адекватный способ оперативного лечения и эффективная послеоперационная реабилитация играют огромную роль в улучшении качества жизни пациентов и возвращении их к трудовой деятельности.

В Кузбассе разработана и внедрена в работу система реабилитации больных трудоспособного возраста после операций на желчном пузыре и желчных протоках. При этом максимально рано в реабилитационный комплекс включаются природные и преформированные физические факторы, поскольку они способствуют стимуляции процессов самовосстановления, повышают неспецифическую резистентность организма, адаптационные возможности, оказывают многостороннее влияние на организм при отсутствии резко выраженных побочных реакций.

В гастроэнтерологическом отделении ОАО Санаторий «Прокопьевский» в 2008 году по данной программе пролечено 24 пациента. Женщин пролечено 20 (83,3 %), мужчин — 4 (6 %). Все пациенты трудоспособного возраста. Из них, до 40 лет — 3 больных, до 60 лет — 21 больной. 19 пациентов перенесли лапароскопическую холецистэктомию, 13 больных прооперированы в плановом порядке, 6 больных оперированы в экстренном порядке по поводу осложненной желчекаменной болезни (острый холецистит, механическая желтуха). При этом у 2-х больных лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с вмешательством на желчных протоках (эндоскопическая папиллотомия, эндоскопическая литоэкстракция).

Программа реабилитации у данной категории была рассчитана на 18 дней. Трое больных пере-

несли полостную холецистэктомию. Все они оперированы в экстренном порядке по поводу острого холецистита. Двое больных оперированы из мини-доступа по поводу осложненной формы желчекаменной болезни (механической желтухи). Вмешательство на желчном пузыре у них сопровождалось вмешательством на желчном протоке с созданием билиодигестивного анастомоза. Данная категория больных проходила курс реабилитации, рассчитанный на 24 дня.

Основным в реабилитации больных являлись диетотерапия и медикаментозное лечение. Больным назначался 5-й стол с частым приемом обработанной на пару пищи. В рацион включались фрукты, овощи, соки, минеральная вода. Медикаментозное лечение включало в себя обязательный прием ферментов поджелудочной железы, спазмолитиков (дюспаталин в стандартной дозировке), а также препаратов урсодезоксихолевой кислоты с желчегонной целью и с целью профилактики камнеобразования. Всем больным проводилась фитотерапия. При отсутствии противопоказаний проводили физиотерапевтические процедуры (УВЧ, электрофонофорез, переменное электромагнитное поле, фототерапия, лазеротерапия), массаж, ЛФК, спелеотерапия, аэроионотерапия, водные процедуры (хвойные или жемчужные ванны), грязь.

Параллельно проводилась коррекция сопутствующих заболеваний с привлечением кардиолога, невролога, эндокринолога, гинеколога (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, остеохондроз, хронический аднексит). Ежедневно больные осматривались хирургом-гастроэнтерологом с целью выявления послеоперационных осложнений и коррекции лечения. 23 пациента пролечены с улучшением (96 %). В одном случае ухудшение состояния на 11-е сутки пребывания в связи с обострением хронического обструктивного бронхита и переводом больной по ее просьбе в терапевтический стационар

по месту жительства. Послеоперационных осложнений не было. Все пациенты приступили к работе после завершения курса реабилитации в санатории. После выписки в обязательном порядке больные получают рекомендации по рациональному образу жизни, диете и медикаментозному лечению.

Разработанная программа реабилитации работающего населения после операций на желчном пузыре и протоках эффективна. Она позволяет больным быстрее восстанавливаться после операции, тем самым способствует уменьшению числа дней нетрудоспособности и более раннему возвращению к работе.

МУГАТАСИМОВ И.Г., СОЛОВЕНКО С.С.

*МУЗ «Городская больница № 1»,
Хирургическое отделение № 2,
г. Прокопьевск*

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Неотложная хирургия является одним из самых трудных разделов хирургии, в котором, несмотря на все достигнутые успехи, по-прежнему отмечается высокая смертность. С целью улучшения результатов лечения больных, поступающих в экстренном порядке, разрабатываются алгоритмы диагностики, ведения, рациональной хирургической тактики и послеоперационного лечения.

В последние годы в экстренной хирургии стали широко внедряться миниинвазивные методы диагностики и лечения. Это позволило снизить показатели летальности и процент послеоперационных осложнений у данной категории больных. Приобретение в 2007 году второй видеоэндоскопической стойки и обучение кадрового состава хирургических отделений позволили организовать круглосуточную работу стойки, прогрессивно увеличивать количество видеолапароскопических вмешательств, а также расширить диапазон вмешательств на эндоскопической стойке. В 2007 году приобретен портативный ультразвуковой аппарат ALOKA 500 SSD. Это позволило выполнять диагностику и малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ (ультразвуковое исследование) круглосуточно, а также у группы тяжелых нетранспортабельных больных в реанимационном и хирургических отделениях.

Основную группу больных в хирургическом стационаре составляют больные с желчекаменной болезнью. Часто это больные молодого и зрелого возраста, а также больные с тяжелой сопутствующей патологией. Нередко больные поступают в стационар с осложнениями (острый холецистит, панкреонекроз, механическая желтуха, холангит).

«Золотым стандартом» в лечении больных с неосложненной формой желчекаменной болезни является лапароскопическая холецистэктомия. Преимущество этой методики перед традиционной хо-

лецистэктомией хорошо освещены в зарубежной и отечественной литературе. За 2007-2008 годы в хирургических отделениях МУЗ «Городская больница № 1» выполнено 382 лапароскопических холецистэктомии (168 в 2007 году и 214 в 2008 году). Конверсий на традиционную лапаротомию не было. В двух случаях — конверсия на холецистэктомию из мини-доступа в связи с диагностированным, по данным интраоперационной холангиографии, холедохолитиазом. Послеоперационной летальности у данной категории больных не было. Послеоперационные осложнения — 5 жидкостных скоплений в области ложа пузыря, в одном случае — абсцесс ложа (всем больным выполнена тонкоигольная пункция под УЗИ-контролем, выздоровление), 2 желчеистечения до 50 мл (прекратились самостоятельно), одна травма холедоха (осложнение диагностировано во время операции, наложен гепатикоюноанастомоз по РУ).

Больным, которым противопоказан пневмоперитонеум, при спаечном процессе в брюшной полости, больным с протоковой патологией, обусловленной холедохолитиазом, оперативное вмешательство выполнялось из мини-доступа с использованием оборудования «Миниассистент». За 2007-2008 годы оперировано 98 больных из мини-доступа. В 26 случаях выполнена холедохолитотомия, в 5 случаях наложен холедохо-дуоденоанастомоз. Летальности у данной категории больных не было. Послеоперационное осложнение — резидуальный холедохолитиаз, ликвидированный в послеоперационном периоде с помощью эндоскопической литоэкстракции.

У больных крайне высокого риска операции с целью декомпрессии, санации и дренирования протоков и желчного пузыря под контролем УЗИ выполнялись пункционно-дренирующие способом. За 2008 год выполнено 19 ТИП (тонкоигольных пункций) желчного пузыря. При отсутствии эффекта от пункции в 11 случаях установлена мик-

рохолецистостома. При осложненной форме желчекаменной болезни (желтуха тяжелой степени тяжести) в 5 случаях установлена микрохолецистостома под УЗИ. После подготовки 6 больных были прооперированы из мини-доступа, у четырех больных вмешательство было окончательным. Послеоперационной летальности не было. Применение вышеуказанной тактики позволило снизить послеоперационную летальность с 4 % в 2006 году до 2,4 % в 2008 году.

Лечение больных с опухолевой желтухой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. В условиях обтурационной желтухи, холангита и печеночной недостаточности традиционное оперативное лечение является рискованным и сопровождается высокой летальностью. Поэтому в настоящее время применяется двухэтапный метод лечения с декомпрессией на первом этапе с использованием миниинвазивных методик. За 2008 год 10 больным с поражением панкреатодуоденальной зоны опухолевой этиологии установлена микрохолецистостома под УЗИ, в двух случаях — холангиостома под УЗИ. В дальнейшем в 4-х случаях в условиях отделения выполнено паллиативное вмешательство (в 2-х случаях холедоходуоденоанастомоз из мини-доступа, в 2-х случаях гепатикоюноанастомоз по РУ). В 2-х случаях вмешательство было окончательным из-за распространенности заболевания. Остальные пациенты направлены в специализированный центр для прове-

дения радикального вмешательства. Летальности у данной категории больных не было.

Другая важная проблема неотложной хирургии — деструктивный панкреатит. Несмотря на достигнутые в последнее время успехи в лечении, летальность по-прежнему достигает 40-60 % при тяжелых формах. Одним из эффективных способов лечения является пункционно-дренирующий способ под УЗИ-контролем. За 2008 год в 37 случаях выполнена ТИП под УЗИ острых жидкостных скоплений, постнекротических кист, абсцессов поджелудочной железы. Дренирование под УЗИ выполнено в 20 случаях. Применение пункционно-дренирующего способа в 80 % случаев позволило предотвратить переход процесса в инфицированную стадию. Дренирование абсцессов и инфицированных постнекротических кист под УЗИ в 20 % случаев явилось окончательным методом лечения инфицированного панкреонекроза и позволило избежать традиционных лапаротомных вмешательств. Применение пункционно-дренирующего способа позволило снизить послеоперационную летальность с 37,7 % в 2007 году до 23,8 % в 2008 году.

Выводы. Использование миниинвазивных технологий в неотложной хирургии оправдано. Дифференцированный подход в выборе тактики хирургического лечения больных и использование миниинвазивных методов позволили снизить послеоперационную летальность и улучшить качество жизни больных.

МУГАТАСИМОВ И.Г., СОЛОВЕНКО С.С.

МУЗ «Городская больница № 1»,

Хирургическое отделение № 2,

г. Прокопьевск

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Язвенная болезнь широко распространена во всем мире. В экономически развитых странах насчитывается много миллионов больных и отмечается неуклонный рост числа заболевших. Последнее десятилетие характеризуется снижением числа плановых операций по поводу язвенной болезни более чем в два раза и, в то же время, ростом числа экстренных операций по поводу уже развившихся осложнений.

Перфорация язвы продолжает занимать ведущее место в структуре летальности при язвенной болезни, которая уже многие годы составляет от 5 до 25 %. Ушивание перфорации остается главным методом лечения, особенно у больных с распространенным перитонитом и высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Ушивание перфоративных язв показано и у лиц моло-

дого возраста, когда перфорирует, так называемая, «немая» язва, а так же у больных с благоприятным течением язвенной болезни.

В настоящее время во многих клиниках при лечении данного осложнения используются миниинвазивные вмешательства. Это лапароскопическое ушивание перфорации, сочетание лапароскопической санации с ушиванием перфорации или пилоропластикой из мини-доступа, лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из мини-доступа и т.д. Течение послеоперационного периода у пациентов, оперированных из мини-доступов, протекают более благоприятно, чем после традиционных операций, сокращаются сроки лечения больных в стационаре, улучшается качество жизни больных. Показанием к применению лапароскопического ушивания являются язвы пило-

родуоденальной зоны, диаметр перфоративного отверстия до 0,7 см, сроки от момента перфорации не более 12 часов при отсутствии распространенного перитонита с паралитической кишечной непроходимостью. В случае выраженного перилуцерогенной инфильтрации, а также сопутствующих осложнений (язвенный стеноз, кровотечение) лапароскопическое ушивание противопоказано. В этих случаях целесообразно сочетать лапароскопическую санацию с ушиванием или пилоропластикой из мини-доступа.

За 2008 год в хирургическое отделение поступило 53 больных с прободной язвой, 12 женщин (22,6 %) и 41 мужчина (77,4 %). С язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки 41 больной, с желудочной локализацией перфорации – 12. Позже 24 часов госпитализировано 15 человек. Умерли без операции 2 человека на этапе предоперационной подготовки, поступивших с давностью заболевания 3 суток. Оперировано 51 человек. Структура операций: ушивание перфорации – 40 случаев, стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой – 4 случая, резекция 2/3 желудка по Бильрот-2 – 4 случая. Умерли 6 больных. Все умершие старше 60 лет, четверо из них поступили с давностью заболевания более суток. Послеоперационная летальность составила 11,8 %.

Лапароскопическое ушивание перфорации двенадцатиперстной кишки в хирургическом отделении № 2 впервые выполнено в 2008 году. Длительность операции составила 3 часа. Течение послеоперационного периода без осложнений. За это время выполнено 5 лапароскопических ушиваний с хорошими результатами. Длительность операции составила в среднем 104 минуты. Все оперированные – мужчины трудоспособного возраста. С целью оценки болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде использовалась визуально-аналоговая шкала. Отмечено быстрое уменьшение интенсивности болевого синдрома и ранняя активизация больных. Средний койко-день составил 7,8.

В 2009 году впервые выполнено видеоассистированное ушивание перфорации двенадцатиперстной кишки из мини-доступа у больного с хронической язвой двенадцатиперстной кишки. Течение послеоперационного периода без осложнений, выписан из стационара на 7 сутки.

Анализируя наш небольшой опыт лечения больных с прободной язвой можно сказать, что использование мининвазивных методов в лечении данного осложнения оправдано и имеет неоспоримые преимущества перед традиционными вмешательствами, снижает количество послеоперационных осложнений и улучшает качество жизни больных.

ООРЖАК О.В., КРАСНОВ О.А., ЗАХЛЕВНЫЙ А.И.

*МУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского»,
г. Кемерово*

ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Внедрение в хирургическую практику малотравматичных видеолапароскопических методов лечения грыж пищевода отверстия диафрагмы привело к улучшению непосредственных и отдаленных результатов.

Материалом нашего исследования явились результаты лечения 42 больных с грыжами пищевода отверстия диафрагмы с 2004 по 2009 гг., у которых была использована видеолапароскопическая технология. Средний возраст пациентов составил $47,8 \pm 8,1$ лет. Длительность анамнеза – от 0,5 до 20 лет, в среднем 4,4 года. У 6 пациентов (14,3 %) в анамнезе имелись желудочно-кишечные кровотечения, у 36 (85,7 %) диагностирована скользящая грыжа пищевода отверстия диафрагмы, у 6 (14,3 %) – фиксированная грыжа. Рефлюкс-эзофагит 1 степени выявлен у 30 пациентов (71,4 %), второй степени – у 2 (4,8 %), третьей – у 4 (9,5 %), четвертой степени (пищевод Баррета) – у 6 больных (14,3 %). Всем пациентам выполнялась видеолапароскопическая гер-

ниопластика грыжи пищевода отверстия диафрагмы сетчатым эксплантатом, задняя круорография, фундопликация по Ниссену. Оперативное вмешательство состояло из 6 этапов: 1-й этап – доступ и ревизия брюшной полости, 2-й этап – мобилизация, 3-й этап – круорография, 4-й этап – фиксация сетчатого эксплантата, 5-й этап – фундопликация (по Ниссену), 6-й этап – ревизия, санация брюшной полости, контроль гемостаза, ушивание операционной раны передней брюшной стенки.

Длительность операции составила $158 \pm 79,2$ минут. Размеры грыжевого дефекта составили $4,1 \pm 1,1$ сантиметра. В 12 случаях (28,6 %) операция была симультантной: первым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Интраоперационно было получено одно осложнение – перфорация левой плевральной полости с развитием пневмоторакса. Выполнена пункция – пневмоторакс разрешился. В послеоперационном периоде у одного пациента (2,3 %) была получена умеренная дисфа-

гия, которая разрешилась через 2 недели после выписки. Кроме этого, у 1 больного (2,3 %) в послеоперационном периоде диагностирован гемоторакс, который разрешился на фоне пункций и консервативной терапии. Среднее пребывание больного в стационаре составило $9 \pm 1,2$ дней. Послеоперационный койко-день составил $5 \pm 1,4$ дней.

В отдаленные сроки обследовано 20 больных, рецидивов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не выявлено.

Проведенное исследование показало, что видеолапароскопическая методика лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы является эффективным и малотравматичным способом. Этот метод позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре, снижает вероятность местных и общих осложнений, дает значительный косметический эффект, не требует назначения наркотических анальгетиков и обеспечивает раннюю реабилитацию больных.

ОСИПОВ В.В., ЕСИН С.В., АКСЕНЕНКО А.В.
*Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна,
ФМБА России*

НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В настоящее время в России заболеваемость раком органов женской репродуктивной системы (рак яичников, эндометрия и молочной железы) выросла на 16 %, а смертность от них — на 19 %. Практически у 70 % женщин эти заболевания диагностируются в 3-4 стадиях ракового процесса, от чего умирают 44,2 на 100000 женского населения (Двойрин В.В., Аксель Е.М., Трапезников Н.Н., 2002).

Основные причины роста заболеваемости раком молочной железы следующие: прогрессирующее ухудшение экологической обстановки, наследственная предрасположенность, но, самое главное, отсутствие в практическом здравоохранении системы профилактики и прогнозирования развития рака молочной железы.

Одним из основных направлений научно-исследовательской работы по улучшению профилактики и лечения рака молочной железы является разработка скрининговых программ с использованием наиболее достоверных клинических признаков и результатов объективных методов исследования (Burke W., Daly M., Garber J. et al., 1997).

Задача исследования. В последние десятилетия в научных исследованиях стали широко использовать новые методы исследований, основанные на технологиях искусственного интеллекта. К ним относят искусственные нейронные сети (ИНС) или нейросети, имитирующие деятельность нейронов коры головного мозга человека. Нейросети способны обучаться на примерах и прогнозировать вероятные события с заданной точностью. Указанные выше свойства ИНС мы применили в решении задач скрининговых исследований женских коллективов для определения групп повышенного риска развития рака молочной железы.

Материалы и методы. В исследовании участвовали две группы женщин, первая — 169 чело-

век, оперированных по поводу рака молочной железы, и вторая — 196 женщин, оперированных по поводу другой патологии молочных желёз. Нами использовались клинические критерии или потенциальные факторы риска возникновения рака молочной железы (Лежнин В.Л., 1995).

При оценке возможностей нейросетевого анализа мы учитывали 62 клинических и лабораторных признака. В решении этой задачи был использован пакет NeuroSolutions фирмы NeuroDimension Inc., модель нейросети «Multilayer perceptrons», с алгоритмом обучения «backpropagation». В процессе обучения настройка основных параметров нейросетей происходила при помощи генетического оптимизатора. Нейросети обучались на выше указанных клинических критериях 80 % всех женщин (1-й и 2-й групп) с заранее известным диагнозом. Причем, по ходу обучения проводилась проверка качества обучения на 10 % выборке, не участвующей в этом процессе. Остальные 10 % составили контрольную группу из 36 женщин для проверки точности нейросетевого диагноза. Из большого количества промежуточных нейросетей нами выбрана та, которая наиболее хорошо отвечала поставленным задачам.

Результаты. Отобранная нейросеть правильно прогнозировала рак молочной железы у 17 из 18 женщин, что соответствует коэффициенту чувствительности в 94,4 %. Отсутствие рака правильно показано у 16 из 18, что соответствует коэффициенту специфичности 88,9 %.

Выводы. Метод нейросетевого анализа позволяет с достаточной чувствительностью (94,4 %) и специфичностью (88,9 %) давать индивидуальный прогноз возникновения рака молочной железы и, тем самым, проводить скрининговые исследования женских коллективов с целью формирования групп повышенного риска. Внедрение методики в практичес-

кую работу онкодиспансеров и онкологических стационаров может способствовать решению проблем

общей профилактики, а также развитию методов хирургической профилактики этого заболевания.

ПАВЛЕНКО В.В., СТАРЧЕНКОВ С.Б., ДЕСЯТКИН В.Б., ПОСТНИКОВ Д.Г.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛИХТЕНШТЕЙНА И ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ КОСОПОПЕРЕЧНЫМ МИНИДОСТУПОМ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Наружные грыжи живота встречаются у 7 % населения, при этом у большинства из них выявляются грыжи паховой области. Ежегодно в России выполняются более 200 тысяч операций по поводу паховых грыж.

На современном этапе развития хирургии грыж, начиная с 80-х годов прошлого века, подход к лечению стал более дифференцированным. Основным принципом хирургического лечения грыж стало выполнение пластики без натяжения тканей. Распространение протезирующих методов герниопластики позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения грыж передней брюшной стенки, сократить сроки реабилитации больных.

Материалы и методы исследования. За период с 2003 по 2005 год оперировано 110 больных (мужчин — 102, женщин — 8) с паховыми грыжами по способу Лихтенштейна, в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст — $54,3 \pm 2,4$ года). У 48 пациентов (мужчин — 42, женщин — 6) с паховыми грыжами в возрасте от 22 до 79 лет (средний возраст — $54,9 \pm 1,3$ года) выполнена разработанная в клинике предбрюшинная герниопластика из минидоступа. Большинство составили пациенты трудоспособного возраста старше 30 лет. Операции проходили под эпидуральной или спинальной анестезией, использовался монофиламентный полипропиленовый сетчатый протез.

Результаты и их обсуждение. Мы проанализировали ранние (орхит, нагноение, гематома) и поздние (невралгия, водянка оболочек яичка, атрофия яичка, рецидив) послеоперационные осложнения. Единственный рецидив при преперитонеальной герниопластике был у больного с косой паховой грыжей больших размеров. Также мы определили средние сроки госпитализации при проведении герниопластики по Лихтенштейну и преперитонеальной герниопластики. При способе Лихтенштейна средний срок госпитализации составил $8,7 \pm 2,3$ койко-дней, при преперитонеальной герниопластике средний срок госпитализации составил $3,9 \pm 1,1$ койко-дня.

Выводы. Анализ результатов применения герниопластики по Лихтенштейну и предбрюшинной герниопластики из минидоступа показал их высокую эффективность при небольшом количестве послеоперационных осложнений. Преперитонеальная герниопластика, являясь альтернативой трансабдоминальной герниопластике, предпочтительней вследствие большей простоты, экономической доступности при сохранении эффективности.

Преимущества преперитонеальной герниопластики из косопоперечного минидоступа: малая травматичность доступа без разрушения передней стенки пахового канала; полноценная ревизия и укрепление всех слабых мест паховой области; малые сроки реабилитации.

ПАВЛЕНКО В.В., ПОСТНИКОВ Д.Г.
*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Среди всех хирургических вмешательств грыжесечения занимают по частоте второе место после аппендэктомии и составляют 15 %

от всех оперативных вмешательств. Актуальность и сложность проблемы состоит не только в широком распространении заболевания, но и в значи-

тельном количестве рецидивов, достигающих 40-50 % при больших, рецидивных и послеоперационных вентральных грыжах. При больших размерах грыжи возникает несоответствие применяемого способа аутогерниопластики степени анатомических и функциональных изменений в тканях передней брюшной стенки под действием сформировавшейся грыжи и усугубляющихся по мере ее увеличения. В последние годы завоевала признание концепция герниопластики без натяжения. Широкое распространение получили полипропиленовые сетки. Однако при подкожном расположении полипропиленового сетчатого протеза всегда имеется угроза образования сером в подкожной клетчатке.

Образование сером при надапоневротическом расположении протеза связано с сохранением асептического воспаления и лимфореей из-за травмы тканей подкожной клетчатки сетчатым протезом. Присутствие сетки и раневой инфекции может поддерживать процесс образования сером много недель.

Материал и методы исследования. Мы проанализировали результаты хирургического лечения 54 больных с послеоперационными вентральными грыжами, у которых применен Onlay-способ герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого протеза. У 38 больных были

грыжи больших размеров, у 16 больных — послеоперационные грыжи средних размеров.

Результаты. Гнойных раневых осложнений отмечено не было. Формирование жидкостных образований в подкожной клетчатке у больных профилакировали установкой в подкожную клетчатку дренажей по типу Редона на 5-12 суток после операции. Если по истечении этого срока сохранялась продукция жидкости в области протеза, переходили на пункции до полной ликвидации сером. В послеоперационном периоде у пациентов со средними размерами грыжи серомы, в большинстве случаев, ликвидировались в течение 7-10 суток, при больших размерах грыжи — в течение 14-30 суток. У 2 человек жидкость накапливалась более 3 месяцев.

Заключение. Профилактика раневых осложнений при герниопластике Onlay-способом с использованием полипропиленового сетчатого протеза у больных с послеоперационными вентральными грыжами средних и больших размеров заключается в использовании дренажей в подкожной клетчатке до 2 недель послеоперационного периода с последующим переходом, в случае необходимости, на пункционный метод. Важным компонентом профилактики скопления жидкости в месте расположения сетчатого протеза у данной категории больных является бандажирование области вмешательства сразу после операции.

ПЕЛЬЦ В.А., КРАСНОВ К.А.

*МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
Кузбасский областной гепатологический центр,
г. Кемерово, Россия*

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Цель исследования — улучшить результаты лечения больных с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. В 2008 г. на базе Кузбасского Областного гепатологического центра пролечены 242 больных острым панкреатитом, деструктивный характер заболевания носило в 75 случаях (30,9 %). Среди больных было 151 мужчина (62,3 %) и 91 женщина (37,7 %), средний возраст составил $46,8 \pm 0,6$ лет.

В 41 случае (54,8 %) заболевание носило инфицированный характер. Больным инфицированным панкреонекрозом выполнены дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, пункции — 12 (16 %), дренирование скопления жидкости — 11 (14,7 %). Всем больным проведен комплекс лабораторно-инструментальных диагностических мероприятий: в обязательном порядке динамическое УЗИ и КТ поджелудочной железы и

забрюшинного пространства, диагностические пункции скоплений жидкости под контролем УЗИ с бактериологическим исследованием содержимого.

С целью определения эффективности проводимого лечения, динамики общего состояния пациентов применялась интегральная шкала оценки тяжести состояния пациентов (APACHE II, SAPSII, Balthazar). Больные панкреонекрозом при оценке общего состояния по интегральной шкале (APACHE II — 8 баллов и более) госпитализировались в отделение интенсивной терапии, где им проводился комплекс лечебных мероприятий, направленных на купирование эндотоксикоза, полиорганной недостаточности. Для купирования эндотоксикоза применялись эфферентные и экстракорпоральные методы детоксикации, такие как гемоультрафильтрация, плазмаферез, УФО крови, инкубация клеточной массы с антибиотиками.



Клиническая картина и данные динамической интегральной оценки состояния больного, признаки деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки при УЗИ и КТ, данные бактериологического исследования экссудата, полученного при пункции, позволяли подтвердить переход в инфицированную стадию, а сохранение гнойного отделяемого по дренажам и при пункциях, а также признаки прогрессирования синдрома эндогенной интоксикации и органной дисфункции, являлись показаниями к выполнению дренирующих вмешательств лапаротомным способом.

Больным инфицированными формами панкреонекроза выполняли программированную секвестрэктомию – 40 больных (16,5 %), которую завершали одним из видов дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. В центре выполняется три вида дренирующих операций: «закрытый», «полукрытый», «открытый». Выбор ви-

да дренирования зависел от характера и распространенности гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе, парапанкреатической клетчатке, степени завершенности секвестрации. «Закрытый» вид применен у 5 больных (6,7 %) с мелкоочаговым инфицированным панкреонекрозом, инфицированными постнекротическими кистами. «Открытый» вид применен у 21 больного (28 %) при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе в сочетании с забрюшинной флегмоной. У 40 больных (12,5 %) после применения лапаротомного способа лечения отмечены специфические послеоперационные осложнения.

Результаты. Общая летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 16 %, послеоперационная летальность – 29,2 %.

Заключение. Применение дифференцированной тактики в лечении больных инфицированным панкреонекрозом позволило достигнуть снижения показателей общей и послеоперационной летальности.

ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., САВКИНА О.Ю.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

ГУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер»,

г. Новокузнецк

ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА МАСТЭКТОМИИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2-3 СТАДИИ

Рак молочной железы с 1985 года занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин и его удельный вес постоянно увеличивается. Ежегодно в мире регистрируются более 570000 новых случаев рака молочной железы, в Европе – 250000. Заболеваемость раком молочной железы в развитых странах увеличивается на 1 % в год. В России в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у женщин рак молочной железы составил 19,8 %, ежегодно регистрируются более 50000 новых случаев рака молочной железы и более 22000 случаев смерти. В России показатель заболеваемости с 1995 года по 2005 год вырос с 33,7 до 40,9 случаев на 100000 населения. Соотношение умерших к заболевшим неблагоприятно для нашей страны, оно в два раза больше, чем в США, вследствие выявления заболевания в поздние сроки. Смертность от рака молочной железы за 8 лет (с 1996 года по 2003 год) в США уменьшилась на 23 %, а в России увеличилась на 23 %.

Среди 81 региона России в 2006 году Кемеровская область занимает 26 место по заболеваемости РМЖ и 9 место по смертности (В.И. Чисов, В.В. Старинский, 2008).

В г. Новокузнецке на конец 2008 года на учете состоят 1890 больных раком молочной железы, из них более 5 лет – 1065 человек (56,3 %). В 2008 году взяты на учет 222 человека, заболеваемость составила 39,5 на 100000 населения, смертность – 19,9 на 100000. Количество прооперированных пациенток по поводу рака молочной железы в 2008 году составило 252 человека, что на 84 случая больше по сравнению с 1998 годом. В 1998 году прооперированы 28 больных с первой стадией заболевания (17,1 %), в 2008 году – 75 (29,8 %), со второй стадией – 63 (38 %) и 94 (37,3 %), с третьей стадией – 73 (44,5 %) и 83 (32,9 %), соответственно.

Хирургический компонент является основным в комплексном лечении рака молочной железы. В настоящее время объемы операций перестроены и связаны со степенью местной распространенности опухолевого процесса. При первой стадии рака молочной железы операцией выбора является радикальная резекция молочной железы, либо мастэктомия по Маддену. При 2-3 стадиях предполагается выполнение мастэктомии по Пейти (с сохранением большой грудной мышцы), обеспечивающей хороший доступ к лимфатическим уз-

лам 2-3 уровней, либо мастэктомии по Маддену (с сохранением обеих грудных мышц), предполагающей тщательное удаление межмышечной, подключичной и аксиллярной жировой ткани.

В последние годы в России вместо мастэктомии по Пейти практически всем пациенткам выполняется мастэктомия по Маддену. Мотивацией выбора операции является положение, что объем местного оперативного вмешательства не влияет на продолжительность жизни больных, которая обусловлена наличием либо отсутствием отдаленных метастазов на момент операции. В то же время, частота развития местного рецидива в зависимости от объема операции в обзорах по лечению рака молочной железы освещена недостаточно. По мнению ряда авторов, четко выявить зависимость частоты местных рецидивов рака молочной железы от объема оперативного вмешательства невозможно (Е.А. Рассказова, Д.Д. Пак, 2007).

Нами проведен анализ частоты возникновения местных рецидивов у больных раком молочной железы 2-3 стадий, получивших комбинированное лечение (предоперационная лучевая терапия и мастэктомия) в Новокузнецком клиническом онкологическом диспансере за период 1998-2006 гг.

Всего выполнено 120 мастэктомий по Пейти и 295 мастэктомий по Маддену. Операция в модификации Пейти в Новокузнецком онкологическом диспансере выполнялась до 2000 года, в последующие годы, в связи с тенденцией к умень-

шению объема хирургического вмешательства, выполнялась только мастэктомия по Маддену.

При 2А-2Б (T1N1M0, T2N0-1M0) стадиях заболевания, после проведения лучевой терапии, выполнено 93 мастэктомии по Пейти и 165 — по Маддену. В первой группе больных местный рецидив в течение 3-х лет после операции возник у трех пациенток (3,2 %), во второй группе — у 10 больных (6 %).

При 3А (T1N2M0, T2N2M0, T3N1-2M0) стадии заболевания, после предоперационной лучевой терапии, выполнено 17 мастэктомий по Пейти и 82 мастэктомии по Маддену. В первой группе больных местный рецидив возник у одной больной (5,8 %), во второй группе — у 14 пациенток (17 %).

При 3Б (T4N0-2M0) стадии заболевания, после лучевой терапии, выполнено 10 мастэктомий по Пейти и 48 — по Маддену. Рецидивов в первой группе не выявлено, а после 48 мастэктомий по Маддену рецидив отмечен в 7 случаях (14,6 %).

Таким образом, просматривается отчетливая тенденция к увеличению количества местных рецидивов, независимо от стадии заболевания, при выполнении более щадящей мастэктомии по Маддену, в сравнении с мастэктомией в модификации Пейти. В связи с этим, считаем целесообразным продолжить исследование на предмет обоснованности мастэктомии по Маддену, как операции выбора при раке молочной железы 2-3 стадий.

РУБЛЕВСКИЙ В.П., РУБЛЕВСКИЙ Б.В., ИЛЬИНСКАЯ Е.В.

МЛПУ «Городская клиническая больница № 1»,

г. Новокузнецк

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИИ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

25-летний опыт применения ретроперитонеоскопии более чем у 1400 больных позволяет нам дать некоторые рекомендации для успешного использования этого вида эндоскопии.

Противопоказания:

- избыточная жировая клетчатка;
- рубцы в зоне планируемой ретроперитонеоскопии после ранее выполненных операций;
- гипокоагуляционный синдром;
- общее тяжелое состояние больного, когда любое оперативное вмешательство невыполнимо;
- гнойник в области доступа.

Осложнения:

- ретроградная миграция камня из мочеточника в лоханку;
- фрагментация камня;
- гнойный нефрит;
- повреждение вне забрюшинного пространства;

- кровотечение из паренхимы почки после биопсии;
- повреждение брюшного отдела аорты;
- повреждение париетального листка брюшины;
- водянка оболочек яичка;
- нагноение раны.

Способ лечения осложнений: обычная люмботомия, расширение раны, ревизия мочеточника, люмботомия, декапсуляция почки, нефропиелостомия, нефрэктомия, тугая тампонада раны, наложение сосудистого шва, ушивание брюшины кетгут, операция Винкельмана.

Меры профилактики осложнений:

- наращивание опыта операций через обычный доступ;
- использование специального инструментария;
- щадящая техника ретроперитонеоскопии, тщательный контроль гемостаза;



- достаточное и адекватное дренирование раны и мочевых путей;

- соблюдение показаний и противопоказаний к ретроперитонеоскопии.

САДЫКОВ Г.М.
Медицинский центр «САНА»,
г. Алматы, Казахстан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАП-ЭЛМ-01 АНДРО-ГИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

Хронический простатит (ХП) является инфекционно-воспалительным заболеванием предстательной железы, которое возникает в основном у лиц молодого и среднего возраста и симптоматически проявляется болевым синдромом различной локализации, нарушением акта мочеиспускания и расстройством эректильной функции. Самая частая болезнь в амбулаторной практике у мужчин моложе 50 лет и 3-я по частоте у мужчин старше 50 лет, образует до 12 % визитов к урологу (Collins M.M. et. al., 1998). Около 10 % мужчин испытывают симптомы простатита в течении года и 16 % мужчин устанавливается диагноз ХП (Nickel J.C., 2005)

Основная функция предстательной железы (ПЖ) состоит в выработке секрета, который входит в состав эякулята. Различают инфекционные простатиты и конгестивные. Конгестивные простатиты возникают вследствие нарушения кровообращения в малом тазу, оттока секрета ПЖ. Из инфекционных простатитов различают: бактериальные, хламидийные, микоплазменные, уреоплазменные, вирусные, кандидозные. По современной классификации, предложенной национальным институтом здоровья (НИН), ХП разделяются по категориям:

- 1 категория – острый бактериальный простатит;
- 2 категория – хронический бактериальный простатит;
- 3 категория – хронический абактериальный простатит / хронический тазовый болевой синдром (ХТБС);
- 4 категория – воспалительный хронический тазовый болевой синдром (ХТБС);
- 5 категория – невоспалительный хронический тазовый болевой синдром (ХТБС);
- 6 категория – асимптоматический простатит.

Дифференциальная диагностика ХП проводится со следующими заболеваниями: камни и абсцесс предстательной железы, аденома и рак простаты, парапроктит, интерстициальный цистит, МКБ, рак мочевого пузыря. При диагностике бактериального простатита применяется пре- и постмассажный тест (ППМТ). Инфекция выявляется не более чем у 5-10 % больных (Nickel J.C., 2005).

За последнее время отмечается значительный рост числа больных ХП. Основная причина такого роста – широкое распространение инфекций, передающихся половым путем, снижение иммунитета, бесконтрольное применение антибактериальных препаратов.

Лечение, в первую очередь, направленное на устранение инфекционного фактора и конгестии, затрудняется многообразием возможных клинических проявлений: дизурия, болевой синдром. Эти проявления способны значительно снижать качество жизни больного. Общепринятые принципы лечения хронического простатита (антибактериальная терапия с учетом бак. посева мочи и сока простаты, коррекция иммунного статуса, противовоспалительная терапия), зачастую вызывают затруднения в быстром получении эффекта, устранении болевого синдрома, дизурических явлений. Нами, с целью улучшения эффективности лечения, широко используются физиотерапевтические процедуры на КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». Принцип работы КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин» основан на одновременном комплексном воздействии низкоинтенсивного лазерного и светоиодного излучения, постоянного магнитного поля, трансректальной и/или трансуретральной электростимуляции, нейростимуляции патогенных зон, цветимпульсной терапии. Комбинация пяти вышеперечисленных факторов воздействия дает болеутоляющий, противовоспалительный, седативный, противоотечный эффекты, улучшение нейротрофики и микроциркуляции органов малого таза.

За последние 3 года пролечены 140 больных с хроническим простатитом в возрасте от 20 до 55 лет. Для проведения сравнительной характеристики мужчины были разделены на две группы. В 1 группе 85 больных (60,7 %), им проведена общепринятая терапия (антибактериальная терапия с учетом чувствительности и результатов ПЩР, противовоспалительные препараты, иммуностимуляторы, α -2-адреноблокаторы), в комбинации с процедурами на КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин». Во 2 группе (контрольной) – 55 мужчин (39,3 %), которым лечение проводилось без применения физиотерапевтических процедур. Из 140 больных у 10 (7,1 %) ХП протекал в сочетании с сахарным

диабетом (СД), у 8 (5,7 %) – с ожирением, у 19 больных (13,5 %) – с ишемической болезнью сердца ИБС.

Бессимптомное течение ХП наблюдалось у 18 пациентов (21,1 %) в 1 группе, у 16 (29,8 %) в контрольной группе. Болевой синдром в 1 группе – 22 (25,8 %), во 2 группе – 19 (34,5 %). Дизурические явления у 23 пациентов (27,1 %) в 1 группе, у 19 (34,5 %) во 2 группе.

До и после лечения больным проводилось обследование: ОАМ, ОАК, анализ секрета предстательной железы, анализ на мочеполовые инфекции методом ПЦР, ПСА, ТРУЗИ предстательной железы.

Положительные результаты лечения получены у 72 больных (84,7 %) в 1 группе, у 24 (43,6 %) во 2 группе. Неудовлетворительные результаты получены у 13 больных (23,6 %) в 1 группе, у

31 пациента (56,3 %) во второй. Болевой синдром и дизурические явления в 1 группе устранялись со 2-3 дня лечения и полностью исчезали к концу лечения у 82 (96,4%). Во 2 группе выше указанные жалобы начинали исчезать с 7-8 дня лечения и эффект получен у 18 пациентов (32,7 %).

Данное сравнение демонстрирует высокую эффективность применения физиотерапевтических процедур в комплексном лечении ХП. Эффект лечения получен у 84,7 % больных в 1 группе, а во 2 группе – у 43,6 % больных.

Комплексная терапия хронического простатита с использованием физиотерапевтических процедур является более эффективным, с более длительной ремиссией, по сравнению с контрольной группой, где лечение проводилось без применения физиотерапевтических процедур.

САДЫКОВ Г.М.

МЦ «АРУ»

Алматинская область, Казахстан

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФДЭ-5 ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ФОРМОЙ ЭД

Эректильная дисфункция – неспособность мужчины достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для проведения полового акта и сексуального удовлетворения. ЭД различной степени выраженности встречается среди мужчин в разных странах мира с частотой от 5 до 80 %, в среднем достигает 33 %, и напрямую зависит от возраста, сопутствующих заболеваний, количества и видов регулярно принимаемых медикаментов, злоупотребления алкоголем и курением табака (Андрология – Э. Ниешлаг, Г.М. Берре, 2005).

По данным проведенного анализа мужчин в возрасте старше 40 лет, жалобы на проблемы с эрекцией различной степени выраженности предъявляли более 40 % из них. Истинная распространенность ЭД значительно выше, т.к. большинство больных (до 80 %) не обращаются за медицинской помощью, считая проблему глубоко интимной, являющейся естественным следствием старения и т.д. (Андрология – Э. Ниешлаг, Г.М. Берре, 2005 г).

Выделяют психогенную, органическую и смешанную формы ЭД. Если раньше основной причиной возникновения ЭД считали различные психологические проблемы, то в настоящее время считается, что ЭД в 80 % случаев имеет органическую природу и возникает как осложнение различных соматических заболеваний.

Основными факторами риска ЭД являются: сахарный диабет, заболевания простаты, болезни периферических сосудов, ИБС, гиперлипидемия, артериальная гипертензия. Причины органической формы ЭД в процентном соотношении: эндокринные заболевания – 3 %; неврологические заболевания – 5 %; операции, травмы – 6 %; прием лекарств – 15 %; сахарный диабет – 30 %; сосудистый фактор – 40 %; другие – 1 %.

Одной из распространенных форм ЭД является интерорецептивная, в основе которой лежит хронический воспалительный процесс в добавочных половых железах. Особую роль в развитии интерорецептивной ЭД играют застойные процессы в предстательной железе, связанные с нарушением режима половой жизни, перенесенный уретропростатит различной этиологии.

В зависимости от степени тяжести заболевания различают эректильную функцию слабую, среднюю и полную.

Диагностика ЭД. Обследование начинается со сбора анамнеза. Прежде всего, необходимо выявление предрасполагающих факторов. Сбор информации путем использования адаптированных опросников (IIEF – International Index of Function, SEP – Sexual Encounter Profile).

Обследование наружных половых органов, для выявления заболеваний, которые могут являться причиной ЭД (болезнь Пейрони, гидроцеле и т.д.).

Физикальное обследование включает в себя общий осмотр, оценку андрогенного статуса и ректальное исследование, измерение АД; лабораторное исследование включает ОАК, ОАМ, определение уровня тестостерона, глюкозы крови, уровень липидов крови, пролактин и ПСА.

Большое значение имеет исследование фармакологической искусственной эрекции, оценивается скорость развития эрекции, ее продолжительность, характер изменений в орто- и клиностазе. Исследование ночной пенильной туменесценции и пенильного кровотока.

За последние 3 года нами пролечено 89 больных с интерорецептивной формой эректильной дисфункции, в возрасте от 35 до 65 лет. У 18 пациентов (20,2 %) ЭД сочеталась с сахарным диабетом, у 5 (5,6 %) – ДГПЖ 1 ст., у 10 (11,2 %) – ИБС, у 5 (5,6 %) – АГ, у 4 (4,5 %) – ожирение, у некоторых пациентов было несколько сопутствующих заболеваний. Всем пациентам проведено обследование: ТРУЗИ предстательной железы, определение уровня тестостерона, глюкозы, ПСА, пролактин и консультация терапевта. Показатели тестостерона и глюкозы крови, пролактин и ПСА в пределах нормы. При необходимости проводилось лечение соматического заболевания.

Для лечения ЭД был использован препарат Варденафил (левитра), относящийся к ингибиторам ФДЭ-5. Ингибиторы ФДЭ-5 усиливают релаксирующий эффект оксида азота, путем ингибирования ФДЭ-5 и повышения концентрации Цгмф при сексуальном возбуждении. Противопоказанием к применению ингибиторов ФДЭ-5 является одновременный прием нитратов и альфа-адреноблокаторов.

Варденафила гидрохлорид (левитра) – новый мощный селективный ингибитор ФДЭ-5. Варденафил (левитра) выпускается в дозировках 10 и 20 мг. Назначался препарат по 10 мг 1 раз в сутки или в день полового акта, за 15-20 мин. до полового акта. Продолжительность действия препарата 8-12 ч.

Для сравнительной характеристики больные были разделены на 2 группы. В 1 группе 58 мужчин (65,2 %), на фоне антибактериальной терапии, противовоспалительной, иммуностимуляторы, α_2 -адреноблокаторы, процедуры на КАП-ЭЛМ-01 «Андро-Гин», больные принимали ингибиторы ФДЭ-5. Во второй (контрольной) группе 31 больной (34,8 %), лечение проводилось без применения ингибиторов ФДЭ-5.

У пациентов, получавших ингибиторы ФДЭ-5, на фоне стандартной терапии отмечен положительный эффект на 10-12 сутки лечения. Эффективность лечения ЭД в результате лечения получена у 44 мужчин из 58 (75,8 %). У пациентов во второй группе эффективность лечения наступала значительно позже, и положительные результаты получены у 12 пациентов из 31 (38,7 %). Из данного анализа следует, что комбинированная терапия с применением ингибиторов ФДЭ-5 является более эффективным, чем терапия пациентов контрольной группы. Положительные результаты в 1 группе получены у 75,8 % больных, в контрольной группе – у 38,7 % больных.

Применение ингибиторов ФДЭ-5 в комплексной терапии интерорецептивной ЭД при хроническом простатите позволяет значительно повысить эффективность лечения ЭД и ускорить получение положительных результатов.

САДЫКОВ Н.К.

*Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,
г. Алматы, Казахстан*

СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ ПРИ СТЕНОЗАХ ПИЩЕВОДА

Заболевания пищевода, а также его повреждения, занимают особое место в современной хирургической гастроэнтерологии. По данным различных авторов, встречаемость различных патологий пищевода составляет от 6 до 21 % от числа всех заболеваний органов ЖКТ. При этом они грозят опасностью тяжелых, иногда смертельных, осложнений, и часто требуют проведения сложных реконструктивных операций.

При любом заболевании пищевода, вне зависимости от этиопатогенетических особенностей, наиболее характерными осложнениями являются формирование стриктур и образование свищей.

При этом стриктуры пищевода могут являться весьма серьезным осложнением, вызывающим дисфагию. Затруднение приема пищи и воды часто приводит к недостаточному поступлению в организм калорий и нарушению энергетического баланса. Это тяжелое осложнение неизбежно вызывает алиментарную дистрофию.

Устранение дисфагии всегда было трудной проблемой клинической медицины. На сегодняшний день существует множество способов восстановления энтерального питания. Принципиально их можно разделить на две основные группы: восстановление естественного пути через пищевод и

создание альтернативных путей введения пищи, минуя пищевод. И те, и другие методики имеют право на существование, и выбор их применения зависит от конкретной клинической ситуации.

Гастростомия в большинстве случаев является доступным методом устранения дисфагии, как в качестве временного мероприятия при рубцовых послеожоговых стенозах, либо рецидивирующих стенозирующих эзофагитах, так и в качестве паллиативной помощи больным с раком пищевода. При должном уходе за гастростомой метод эффективен для длительного сохранения энтерального питания пациентов.

В последние годы в клиническую практику внедрены малоинвазивные (эндоскопические и лапароскопические) методы гастростомии, среди которых особого внимания заслуживает эндоскопическая гастростомия, ставшая в ряде стран альтернативой лапаротомной гастростомии. Подобный опыт имеется и среди стран СНГ, однако в доступной литературе крайне мало упоминаний о применении данной методики, что говорит о недостаточном внимании к данному методу и необходимости его усовершенствования и освоения.

В Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова (Республика Казахстан) разработана и внедрена в практику собственная модификация эндоскопической гастростомии. Способ отличается от существующих тем, что для его про-

ведения нет необходимости в специальных наборах для эндоскопической гастростомии, которые дороги и труднодоступны для массового использования. Мы применяем доступные средства и материалы, не теряя при этом в эффективности результатов самой операции.

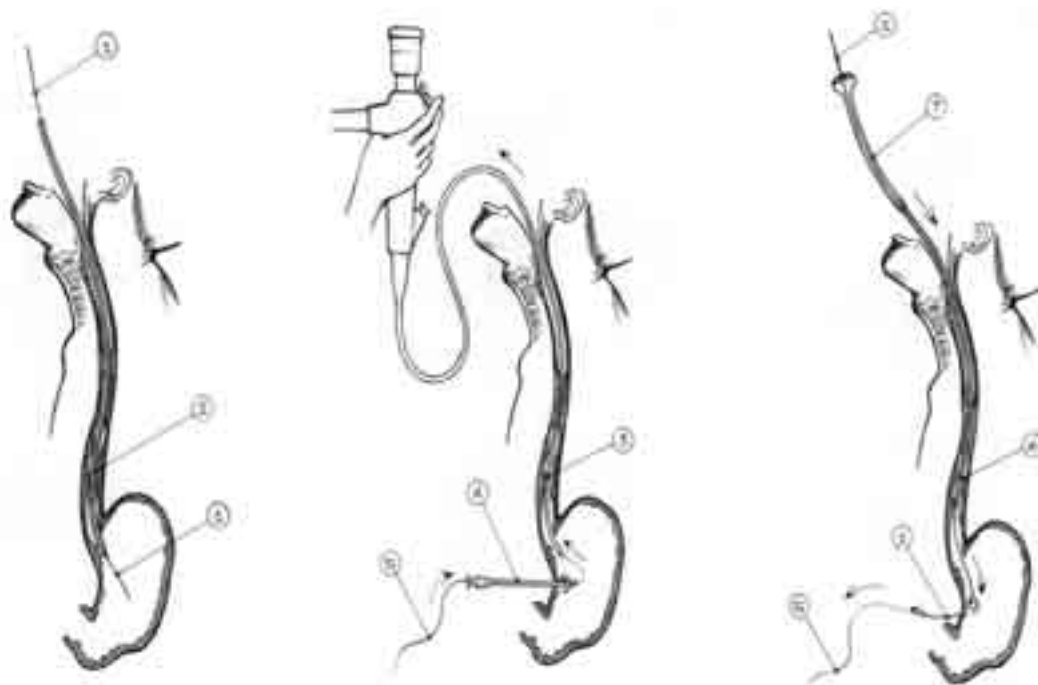
В качестве гастростомической трубки мы применяли катетер Петцера максимального диаметра — № 36 по шкале Шаррьера. Данный катетер изготовлен из прочной и эластичной резины, и оказался чрезвычайно удобным в качестве гастростомы. Внутренний диаметр данного катетера составляет около 12 мм, что достаточно для возможности употребления пациентами не только жидкой, но и твердой измельченной пищи. При этом, имеющаяся на конце «шляпка» удобна для фиксации катетера в полости желудка, способствуя герметичности в области раны и предупреждая его выпадение. Внутренняя часть катетера Петцера удаляется, чтобы не создавать препятствия для прохождения пищи.

Способ осуществляется следующим способом (схема). Первоначально, в полость желудка через рот проводится струна-проводник с атравматичным пружинным наконечником. По проведенной струне производится бужирование пищевода, для временного восстановления его проходимости. По разбуживанному каналу пищевода в полость желудка вводится эндоскоп, через который путем

Схема

Эндоскопическая гастростомия

- 1) струна-проводник; 2) полный пластиковый буж; 3) эндоскоп;
4) пункционная игла с мандреном; 5) нить; 6) буж-проводник; 7) гастростомическая трубка.





инсуффляции воздуха раздувается полость желудка для приближения желудка к передней брюшной стенке. В месте свечения световода эндоскопа, под местной анестезией, полость желудка чрескожно пунктируется. В просвет пункционной иглы проводится шелковая нить, которая захватывается щипцами эндоскопа, после чего последний, вместе с «захваченным» концом нити извлекается через желудок, пищевод и ротовую полость наружу.

С помощью этой нити в полость желудка проводится металлическая струна-проводник, которая через ранее выполненное пункционное отверстие выводится на переднюю брюшную стенку. По проведенной струне проводится буж-проводник, на обратном конце которого заранее фиксирована гастростомическая трубка (катетер Петцера). Конец бужа-проводника по струне подводят к ране на передней стенке желудка и на передней брюшной стенке. Кожа над пальпируемым концом бужа надсекается скальпелем, до соответствия диаметра раны с диаметром бужа и катетера, буж-проводник извлекается, а за ним выводится наружу и катетер Петцера. Последний подтягивается до ощущения упора, при этом «шляпка» катетера прижимает переднюю стенку желудка к передней брюшной стенке, способствуя герметичности раны желудка и препятствуя выпадению катетера. Катетер Петцера освобождается от бужа и фиксируется к коже одним или несколькими узловыми швами. Производится контрольная фиброэзофагогастроуденоскопия.

На описанный способ гастростомии получен предпатент РК № 2007/0276.1 «Способ гастростомии при раке пищевода», от 26.02.2007 г.

Энтеральное питание через гастростому, как правило, нужно рассматривать показанным всем пациентам с дисфагией при отсутствии эффекта от бужирования или в случае бесперспективности его проведения. При этом необходимость наложения гастростомы нужно рассматривать как можно раньше у пациентов при прогрессирующих болезнях, чтобы остановить деградацию трофического статуса и последовательно стабилизировать и улучшить индивидуальное качество жизни.

На наш взгляд, диапазон заболеваний, при которых может быть использована эндоскопическая гастростомия для восстановления энтерального питания, широк:

1. Стенозирующие онкологические заболевания пищевода в качестве паллиативного мероприятия в неоперабельных случаях, либо для подготовки пациента к лучевой терапии или химиотерапии.
2. Послеожоговые стенозы пищевода, поддающиеся бужированию, но часто рецидивирующие, с целью проведения предоперационной подготовки больного.

3. Стенозы пищевода при стенозирующих формах эзофагитов, часто рецидивирующие, не поддающиеся консервативному лечению, для временного восстановления энтерального питания с целью продолжения консервативного лечения или проведения предоперационной подготовки.

Во всех выше перечисленных случаях гастростомия является доступным методом и, при должном уходе за гастростомой, эффективна для длительного сохранения адекватного энтерального питания пациентов.

На сегодняшний день, вышеописанный способ гастростомии был апробирован в лечении 57 пациентов со стенозирующими заболеваниями пищевода различной этиологии, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии пищевода, желудка и органов средостения ННЦХ. У всех этих больных было восстановлено энтеральное питание. Питание через гастростому начиналось на 1-2 сутки после операции. Дальнейшее наблюдение данных больных показывало улучшение их самочувствия, прибавку в весе.

Тяжелых осложнений и случаев смерти, связанных с выполнением вмешательства, в нашем исследовании не было.

В послеоперационном периоде встречались незначительные осложнения. Так, у 12 пациентов (21,1 %) с раком пищевода наблюдалось послеоперационное кровотечение из опухоли малой интенсивности, которое поддавалось консервативному гемостазу.

Антибиотикопрофилактику в целях профилактики инфекции в области гастростомы мы проводили всем 57 пациентам (100 %). Воспалительные изменения в области гастростомической трубки при этом развились в 6 случаях (10,5 %). Лечение в таких ситуациях заключалось в ежедневных перевязках полуспиртовыми повязками и антибиотикотерапии, и имело положительный эффект.

Еще у 3 пациентов (5,3 %) отмечалось незначительное подтекание желудочного содержимого из полости желудка через рану. Для предупреждения мацерации кожи использовалась паста Ласара. С течением времени, по мере формирования гастростомического канала, подтекание желудочного содержимого прекратилось.

Выпадение гастростомической трубки имело место у 1 больного (1,8 %) на 3-и сутки послеоперационного периода. Данное осложнение развилось вследствие использования катетера Петцера меньшего диаметра (30 Fr). Катетер Петцера № 30, помимо меньшего диаметра, имеет шляпку меньших размеров. Учитывая ранние сроки, прошедшие после операции, несформированность гастростомического канала, больному были вынуждены произвести экстренную операцию — лапаротомию, регастростомию.

Как показали результаты нашего исследования, широкое внедрение в клиническую практику метода эндоскопической гастростомии обеспечивает более качественное и надежное проведение питательной поддержки пациентов, способно улучшить результаты лечения и качество жизни больных, уменьшить количество осложнений. Разрабо-

танный способ эндоскопической гастростомии является доступным для большинства стационаров, так как не требуется наличия специальных наборов для эндоскопических гастростомий. Манипуляция сравнительно легко переносится пациентами. Способ эффективен для восстановления и длительного сохранения энтерального питания пациентов.

СЕРЕБРЕННИКОВ В.В.

МЛПУ Городская клиническая больница №1,
г. Новокузнецк

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИЗ МИНИДОСТУПА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Разработанный нами и запатентованный малоинвазивный способ паховой герниопластики из минидоступа до 3,5 см длиной с использованием ретрактора оригинальной конструкции, выполняемый в амбулаторных условиях является эффективным методом хирургического лечения паховых грыж с низким процентом послеоперационных осложнений, и не снижает уровень КЖСЗ.

Важным результатом исследования разработанного способа операции является доказательство экономической эффективности, например предлагаемого метода лечения, по сравнению с существующим.

Предложено рассматривать экономическую эффективность разработанного способа как сумму следующих составляющих:

- высвобождение определенного числа коек для стационарного лечения;
- предотвращение затрат на интраоперационное обезболивание;
- сокращение потерь рабочих дней по ВУТ (временная утрата трудоспособности);

По всем выше приведенным составляющим эффективность можно рассчитать в денежном выражении на одного пациента по следующей формуле:

$$X = (X_{кл} - X_{орг}) : b, \text{ где}$$

X — экономическая эффективность в среднем на одного больного;

X_{кл} — денежные затраты на 52 пациентов, оперированных классическим способом;

X_{орг} — денежные затраты на 52 пациентов, оперированных оригинальным способом;

b — количество оперированных пациентов;

$$X_{кл} = X_{1к} + X_{2к} + X_{3к}, \text{ где}$$

X_{1к} — стоимость койко/дня при классическом способе операции;

X_{2к} — средняя величина стоимости анестезии при классическом способе операции;

X_{3к} — средняя величина оплаты одного дня по ВУТ одного больного при классическом способе операции;

$$X_{орг} = X_{1орг} + X_{2орг} + X_{3орг}, \text{ где}$$

X_{1орг} — стоимость койко/дня при оригинальном способе операции;

X_{2орг} — средняя величина стоимости анестезии при оригинальном способе операции;

X_{3орг} — средняя величина оплаты одного дня по ВУТ одного больного при оригинальном способе операции.

Рассчитываем экономическую эффективность разработанного способа, если с его помощью было прооперировано 52 пациента, относительно денежных затрат на 52 пациентов, оперированных классическим способом. Средняя стоимость дня по ВУТ — 600 руб. (по данным территориального отдела гос. статистики г. Новокузнецка за 2007 г.); средняя стоимость анестезиологического пособия для больного, оперированного классическим способом — 1185 руб.; стоимость операции не учитывается, так как она одинаковая; средняя стоимость койко/дня в палатах хирургического профиля — 422 руб.; среднее количество дней пребывания в стационаре пациентов, оперированных классическим способом — 5 суток; (Утверждено приказом по «МЛПУ ГКБ № 1» и «МЛПУ ГКБ № 2» № 1335-к от 27.01.2006 г. на основании Постановлений Совета народных депутатов г. Новокузнецка № 10/74 и №10/75 от 13.12.2005 г.).

РАСЧЕТЫ:

1. Вычисляем затраты на пребывание 52 пациентов в стационаре:
 $X_{1к} = k \times y \times s = 52 \times 5 \times 422 = 109720$ (руб.),
где k — число больных; y — среднее количество койко/дней; s — средняя стоимость койко/дня;
2. Рассчитываем затраты на анестезиологическое пособие:

$X_{2к} = k \times a = 52 \times 1185 = 61620$ (руб.), где k – число больных; a – средняя стоимость анестезиологического пособия;

3. Рассчитываем затраты на затраты по ВУТ:
 $X_{3к} = k \times n \times d = 52 \times 600 \times 28,3 = 882960$ (руб.), где k – число больных; n – стоимость дня по ВУТ; d – среднее количество дней по ВУТ;

4. Рассчитываем денежные затраты на 52 пациентов, оперированных классическим способом:
 $X_{кл} = X_{1к} + X_{2к} + X_{3к} = 109720 + 61620 + 882960 = 1054300$ (руб.)

Аналогично рассчитываем затраты на пациентов, оперированных по оригинальной методике:

$X_{орг} = X_{1орг} + X_{2орг} + X_{3орг} = 0 + 0 + 546000 = 546000$ (руб.)

5. Итого:

$X = (X_{кл} - X_{орг}) : b = (1054300 - 546000) : 52 = 9775$ (руб.)

Экономическая выгода при лечении паховых грыж по оригинальной методике в амбулаторных условиях составила 9775 руб. на одного пациента.

Разница в затратах на лечение 52 пациентов, оперированных по оригинальной методике, и 52 пациентов, оперированных классическим способом составляет:

$R = X_{кл} : X_{орг} = 1054300$ (руб.) : 546000 (руб.) = 1,9 (раз).

Затраты на лечение больных с паховыми грыжами по разработанной методике, выполненной в амбулаторных условиях, в 1,9 раза меньше, что говорит о экономической эффективности оригинального способа.

СОЛОВЕНКО С.С.

ГОУ ДПО НГИУВ Росздрава,

г. Новокузнецк

МУЗ «Городская больница № 1»,

г. Прокопьевск

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ОБОСНОВАНИЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МИНИДОСТУПА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Перфоративные язвы занимают около 12 % в структуре летальности ургентной хирургической патологии. Операция простого ушивания, в том числе с использованием малоинвазивных методик (лапароскопической, минидоступа), является наиболее распространенной при перфоративной дуоденальной язве. Операция видеоассистированного ушивания из минидоступа проходит в три этапа: 1) лапароскопическая ревизия и осушение брюшной полости, 2) минилапаротомия 3-5 см в проекции перфорации, ушивание перфорации, ушивание минидоступа, 3) заключительная лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

Малоинвазивные методы позволяют значительно снизить травматичность оперативных вмешательств, уменьшить количество осложнений, ускорить реабилитацию больных. Больные практически не нуждаются в назначении наркотических анальгетиков. Выполнение малоинвазивных вмешательств при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки возможно в большинстве случаев. Использование минидоступа позволяет ушивать перфоративные язвы размером более 1 см, что является противопоказанием к лапароскопическому ушиванию.

Цель исследования – объективно оценить характеристики минидоступа при ушивании перфоративной дуоденальной язвы.

Материалы и методы исследования. Анатомический эксперимент проведен на 35 свежих, нефиксированных трупах неоперированных больных. После создания минидоступа 4 см измерены основные характеристики доступа: длина, глубина раны, зона доступности, классический угол операционного действия, эндохирургический угол операционного действия. Рассчитана оптимальная проекция минидоступа для ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Результаты и их обсуждение. При анатомическом эксперименте установлено: при создании минидоступа длина раны в наибольшем ее измерении составила в среднем 50 мм, глубина раны – 70 мм, классический угол операционного действия в среднем составил 36 градусов, эндохирургический угол операционного действия в среднем составил 29 градусов, зона доступности в среднем составила 53 см². Согласно классическим критериям, адекватные условия для применения общехирургической техники появляются при величине угла операционного действия 25 градусов и более, и при глубине раны до 15 см. Средние рас-

стояния от пилорического жома до ориентиров на передней брюшной стенке составили: до реберной дуги – 22 мм, до срединной линии – 42 мм, до линии, проходящей через пупочное кольцо – 130 мм.

Выводы. Характеристики минидоступа при перфоративных дуоденальных язвах соответствуют классическим критериям хирургического доступа.

СТЁПИН Д.А.

*НИИ Гастроэнтерологии имени Г.К. Жерлова,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Северск, Россия*

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВЫСОКОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ И ВЛИЯНИЕ НА БЛИЖАЙШИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Внашей клинике эпидуральная аналгезия активно стала внедряться с 1998 г. За 11 лет выполнено 626 пункций, все были выполнены на грудном уровне Т5-Т11. Количественную и качественную оценку методов аналгезии/анестезии мы начали проводить для обоснования фармакоэкономических аспектов применения проводниковых методов аналгезии. Ни для кого не секрет, что 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 аналгезию (СЭА), эпидуральную аналгезию (ЭА), сочетание эндотрахеального наркоза (ЭТН) и ЭА и, соответственно, послеоперационную аналгезию. Важно отметить, что мы применяли три составляющие эпидуральной блокады по Н. Greivik и G. Niemi, во время операции в эпидуральное пространство с помощью шприцевого дозатора со скоростью 5-15 мл/час непрерывно вводили смесь ропивакаина (Наропин AstraZeneka) 2 мг/мл, фентанила 2 мкг/мл и адреналина 2 мкг/мл. При сочетании ЭА и ЭТН для поддержания анестезии применяем Диприван AstraZeneka в дозе 200-350 мг/час. Поддержание миоплегии Тракриум в дозе 18-36 мг/час. Поток кислорода и закиси азота (2 и 4 л/мин, соответственно), аппарат Fabius plus. Средний расход наркотических анальгетиков (Фентанил) составил 450 ± 150 мкг, в зависимости от длительности оперативного вмешательства.

Мы провели сравнительную оценку: больные были распределены на две группы. Контрольную группу составили 63 пациента, которым была выполнена операция на желудочно-кишечном трак-

те (гастрэктомия, экстирпации прямой кишки, низкая передняя резекция, резекция сигмовидной кишки, гемиколэктомия, ПДР) в условиях эндотрахеального наркоза в сочетании с нейрорептаналгезией (НЛА).

Основную группу составили 78 больных с тем же объемом оперативного вмешательства, но проведенного в условиях комбинированной ЭТН + ЭА по выше описанной методике. Во время операции гемодинамика в основной и контрольной группах существенно не отличалась от исходной. Во время оперативных вмешательств не возникало гемодинамически важных кровотечений. 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 1-2 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. Проблемы с самостоятельным мочеиспусканием возникли у 2 больных (2,5 %), которым была выполнена операция на нижнем этаже брюшной полости, мочевого катетер был удален только на третьи сутки. В контрольной группе катетер стоял в среднем 4 ± 1 сутки, больные из-за отсутствия должного обезболивания не могли мочиться самостоятельно. В 4-х случаях в контрольной группе (6,3 %) осложнилось уретритом. Почти 92 % больных, которые не нуждались в продленной вентиляции легких, были экстубированы в течение 10-25 мин после окончания операции.

По нашим наблюдениям, в 53 случаях (67,9 %) у больных, которым была выполнена ЭА в раз-

личных её вариантах, при операциях на желудочно-кишечном тракте перистальтика выслушивалась уже через 8-12 часов после операции, мы считаем это превосходным результатом. К концу первых суток мы разрешаем больным присаживаться, на вторые сутки вставать, что они успешно делают, не лучшая ли это профилактика тромбо-эмболических осложнений?

Короткий восстановительный период позволяет рано активизировать больных, благодаря чему снижается частота гипостатических пневмоний и тромбофлебитов, что особенно важно у больных пожилого возраста. Койко-день сокращается в среднем на 40 %. Затраты на нахождение, а особенно на дорогостоящее лечение различных осложнений, связанных с применением «старых» методов анальгезии, снижается в разы. Нельзя в наше время забывать о комфорте пациента, ведь навязанная схема получения обезболивания наркоти-

ческими анальгетиками через четыре часа вообще является ущербной. Мы прекрасно знаем, каких усилий и, самое главное, средств требует лечение осложнений. Мы доказали себе, что применяемая методика дает прекрасный шанс на ускоренное выздоровление.

Выводы: грудная трехкомпонентная эпидуральная анальгезия по Н. Breivik и G. Niemi в модификации Е.С. Горобца (РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН), в комбинации с эндотрахеальным наркозом на фоне дипривана позволяют экстубировать больных уже в течение 25 мин. В послеоперационном периоде мы обеспечиваем больному прекрасную анальгезию. Ранняя активизация является прекрасной профилактикой тромбоэмболических осложнений. Койко-день уменьшился в среднем на 40 %. Перистальтика кишечника восстанавливается уже на 1-2 сутки. Самое главное, чего мы добились, это комфортное пребывание больного в нашей клинике.

СТЁПИН Д.А., КЕМЕРОВ С.В., КОШЕЛЬ А.П., ЖЕРЛОВА Т.Г.

*НИИ Гастроэнтерологии имени Г.К. Жерлова,
Сибирский государственный медицинский университет,
г. Северск, Россия*

ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНИЗМА БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Смертность и заболеваемость у больных, находящихся в критическом состоянии, во многом зависит от наличия септического процесса. В попытке улучшить результаты лечения сепсиса, созданы различные международные проекты, в том числе кампания «Выживания при сепсисе» (Surviving sepsis campaign), организованная европейским обществом интенсивной медицины (ESICM), обществом медицины критических состояний (SCCM) и международным септическим форумом.

Одним из самых современных методов детоксикации является метод плазмафереза с экстракорпоральной иммунофармакотерапией инкубированными аутологичными иммунокомпетентными клетками с цитокинами, например ИЛ-2 (Ронколейкин Биотех в дозе 0,5-1,0 млн. ЕД), который, по данным А.Л. Костюченко с соавт. (2000), после двух-трех сеансов позволяет добиться стойкой нормализации показателей иммунитета в сочетании со снижением уровня лихорадочной реакции, улучшением показателей трофического гомеостаза. Однако авторы вводят полученную лекарственную смесь внутривенно, что ограничивает лечебное действие на очаг воспаления и не оказывает непосредственного влияния на иммунокомпетентные лимфатические структуры, чем значительно снижается клинический эффект данного

метода. Стало быть, данный известный метод нуждается в создании дополнительных, более благоприятных условий для своего осуществления.

Цель исследования: 1. Разработать универсальную комплексную алгоритмизированную систему детоксикации и управления организмом больного хирургической инфекцией с тем, чтобы она была адаптирована к любому пациенту с хирургической инфекцией и позволяла предупредить развитие и прогрессирование эндотоксикоза и связанных с ним осложнений. 2. Разработать системы контроля параметров её осуществления и перманентного интегрального прогноза эффективности детоксикации и исходов лечения больного хирургической инфекцией. 3. Разработать комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию больных, «перенесших» сепсис и полиорганную недостаточность. 4. Разработать комплекс интенсивных мероприятий, адаптированных к конкретному пациенту, по борьбе с дыхательной недостаточностью, парезом кишечника, обеспечивающий нутритивную поддержку, адекватную энергетическим потребностям организма.

В основу универсальной комплексной системы детоксикации и управления состоянием организма больного хирургической инфекцией мы включили мероприятия, направленные на предупреждение и лечение сепсиса, септического шока, син-

дрома острого легочного повреждения (СОЛП), синдрома ДВС-крови, сердечно-сосудистой недостаточности, водно-электролитных нарушений, кислотно-основного баланса, анемии, гипоксии, ишемии и стресс-úlцерации ЖКТ. Параллельно с этими мероприятиями осуществляли эффективное обезболивание периоперационного процесса и лечение сопутствующих заболеваний. Предотвращение развития иммунного паралича (депрессии) также считаем одной из основных задач в управлении процессом детоксикации.

Система управления основана на контроле, качественной подготовке на всех этапах осуществления данного метода. Мы выделяем четыре основных этапа:

1. Анестезиологический (оценка состояния, всеобъемлющая предоперационная подготовка, само анестезиологическое пособие по разработанному в нашей клинике методу).
2. Операционный этап, заключающийся в технологии тотального дренирования брюшной полости: над-, подпеченочное, внутрпеченочное (по показаниям), дренирование внепеченочных путей (по показаниям), многоуровневое дренирование брюшной полости с соблюдением принципа фиксированной нумерации дренажей, дренирование малого таза. Принцип полного ограничения и пролонгированного дренирования патологических очагов и полостей с целью прекращения доступа токсических веществ в анатомическую полость и организм. Принцип проточно-аспирационного дренирования с целью постоянного удаления патологических продуктов и микрофлоры из гнойно-деструктивного очага. Принцип антисептического и антибактериального воздействия на инфекционный очаг путем его орошения соответствующими растворами. Принцип ферментного и антиферментного воздействия на патологический процесс с целью уменьшения и нивелирования токсического влияния, накопившихся в крови и тканях, и поступающих в кровь и ткани ферментов, например, при остром панкреатите, панкреонекрозе (энзимы, ферменты). Применение перитонеального диализа, как средства дополнительной (вспомогательной) детоксикации.
3. Этап интенсивной терапии, имеющий в своей основе пять основных принципов. Это: а) детоксикация с иммунофармакотерапией и лимфотропным введением лекарств, б) адекватное обезболивание, один из компонентов — это эпидуральная аналгезия, в) адекватное протезирование основных жизненно важных функций организма, г) энергетическая поддержка, д) очень важный этап — контролирование на всех этапах осуществления медицинской помощи больному, в зависимости от данной конкрет-

ной ситуации контроль может осуществляться каждый час.

Проведен анализ результатов лечения 320 больных острым распространенным гнойным перитонитом, из них 90 больных в терминальной его фазе.

В качестве основной группы были выбраны 40 пациентов, которым проводилась разработанная технология управления процессом детоксикации и состоянием больного хирургической инфекцией. В контрольную группу вошли 40 больных, отобранных методом простой рандомизации, которым проводилась стандартная терапия, включающая оперативное вмешательство, направленное на санацию, дренирование заинтересованного очага, а также лечение по «требованию».

Обе группы были близки по возрастному-половому составу, а также характеру основной и сопутствующей патологии: сепсис, тяжелый сепсис, септический шок. Контроль снижения уровня эндотоксикоэза осуществлялся на основе показателей лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса прогноза и оценки качества лечения у больных с травмами, септическим шоком и перитонитом (acute physiology and chronic health evaluation — АРАСНЕ II), биохимических показателей крови: билирубина, креатинина, мочевины, калия, печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ), протромбинового индекса, интегрального индекса тромбоэластографии (ИИТ) $J = [R(\text{мин}) \times K(\text{мин})] : \text{mA}(\text{мм})$, где R — время свертывания крови, K — время образования сгустка, mA — плотность сгустка. А также выборочных исследований провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 как основных стимуляторов синтеза маркеров острой фазы ответа воспаления и токсически измененных эритроцитов — эхиноцитов периферической крови больного.

Выводы: 1. Комплексное сочетание используемых методов и технологий лечения было применено у 40 больных с перитонеальным сепсисом со сроками поступления в стационар от одних до семи суток от начала заболевания. Летальность в основной группе снизилась до 5 %, что в 3,6 раза меньше чем в группе сравнения, а число гнойно-деструктивных осложнений — в 8 раз. Эрадикация возбудителей достигнута в 100 % случаев в течение первого курса лечения. 2. Непосредственное воздействие на лимфоидную ткань лекарственной смесью позволяет предотвратить деструкцию лимфоидной ткани, быстрее восстановить лимфообразование, лимфоотток и ее иммунокомпетентную функцию. Экстракорпоральная иммунофармакотерапия на таком более благоприятном физиологическом фоне позволяет получить наилучший клинический эффект и исключить развитие иммунодепрессии. 3. Постоянная эпидуральная аналгезия позволяет раннюю активизацию

ты были разделены на 2 группы: первая (основная) группа – 25 женщин, оперированных с 2004 по 2007 гг., которым выполнялась профилактика тромботических нарушений в пред-, интра- и раннем послеоперационном периоде «по программе». Группа контроля – женщины (n = 30), оперированные с 2000 по 2003 гг., которым профилактика тромботических осложнений проводилась в режиме «по требованию».

Состояние микроциркуляции в каждом лоскуте оценивалось методом лазерной доплеровской флоуметрии на лазерном анализаторе капиллярного кровотока ЛАКК-01, двухканальный, с лазерами в красной и инфракрасной областях спектра излучения. Исследование проводилось непосредственно в интраоперационном периоде, в послеоперационном периоде оценивалась микроциркуляция и её изменения. При изучении ЛДФ-грамм определяли М – среднее арифметическое значение показателя микроциркуляции; СКО – среднее квадратичное отклонение амплитуды колебаний кровотока от среднего арифметического значения; Kv – коэффициент вариации = $\frac{СКО}{М} \times 100 \%$. Чем больше значение М, тем выше уровень перфузии ткани, однако при большом застое в веноулярном звене микроциркуляторного русла

М может повышаться, так как около 60 % ЛДФ-сигнала дают эритроциты из веноулярного звена. СКО характеризует временную изменчивость микроциркуляции или потока эритроцитов, именуемую в микрососудистой семантике как флакс. Чем выше флакс, тем лучше функционируют механизмы модуляции тканевого кровотока: миогенный, нейрогенный, дыхательный, изменения давления. Чем выше Kv, тем лучше выражена вазомоторная активность микрососудов. Всем пациенткам была выполнена мастэктомия с пластическим устранением образовавшегося дефекта ТРАМ-лоскут.

Исследование в обеих группах проводилось в 4 этапа: до операции, а также непосредственно и на первые и третьи сутки после нее.

В основной группе при применении превентивной, качественной предоперационной подготовки, рациональной интраоперационной профилактики, а особенно послеоперационного лечения, используя традиционные методы воздействия на реологические свойства крови, позволило нам сократить количество периферических некрозов вдвое. Отторжение трансплантата мы не наблюдали у пациентов основной группы. Наш метод считается прогрессивным в плане профилактики послеоперационных осложнений.

СТРИЖЕВСКИЙ Ю.А., СВЕТЛОВ Б.В.
МУЗ «Центральная районная больница»,
г. Ачинск

ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРАСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

Рак молочной железы занимает второе место после рака лёгкого по частоте в общей онкологической заболеваемости и первое среди женского населения всех стран мира. Зарегистрированы случаи заболевания раком молочной железы (РМЖ) у женщин в возрасте от 13 до 90 лет. Наибольшее количество заболевших выявляется в возрасте от 45 до 65 лет. Главным методом лечения является хирургический. Лучевая, химиотерапия и/или гормонотерапия лишь дополняют его. Радикальная мастэктомия (РМЭ) при РМЖ выполняется в Ачинской ЦРБ с начала 80-х годов, с момента выделения онкологических коек и появления врача онколога. Ранее выполнялась РМЭ по Холстеду, последние 20 лет – по Пейти.

Наша больница оказывает онкологическую помощь жителям 9 районов Западного куста Красноярского края, являясь межрайцентром. В год производится свыше 60 РМЭ.

Известно, что рак молочной железы часто метастазирует в региональные лимфоузлы. Из «стан-

дартного» доступа можно выполнить удаление подмышечных, подлопаточных, над- и подключичных лимфоузлов, удалить же лимфоузлы, сопровождающие внутреннюю грудную артерию и вену, невозможно без вмешательства в грудной клетке. Доказано, что лимфооток из внутренних квадрантов молочной железы идёт через парастернальные лимфатические узлы. По данным различных авторов, свыше 15 % гистологических исследований выявляют метастазы в данный коллектор. Предложенная Урбаном операция, при которой пересекаются II-V рёберные хрящи, является очень травматичной и в настоящее время практически не выполняется.

Профессор Е.И. Сигал из Республиканского онкологического центра (г. Казань, Татарстан) разработал и внедрил в клиническую практику видеоторакоскопическую парастернальную лимфодиссекцию при раке молочной железы с локализацией опухоли во внутренних квадрантах. С 1995 года эта операция успешно выполняется не только в Казани, но и во многих крупных онко-

логических центрах России и стран ближнего зарубежья. Имеются сообщения, что суммарно выполнено несколько тысяч операций. К сожалению, в Красноярском краевом онкологическом центре эндоскопическая хирургия находится в зачаточном состоянии — из-за отсутствия эндовидеохирургического комплекса производятся лишь диагностические лапаро- и торакоскопии ad oculum.

Мы попытались восполнить этот «пробел». В 2008 году в Ачинской ЦРБ выполнено пять торакоскопических парастеральных лимфодиссекций при РМЖ. Прооперированы пациентки в возрасте от 45 до 61 года (средний возраст 51,4 года). Локализация раковой опухоли у всех была во внутренних квадрантах, в 4 случаях левой молочной железы, в 1 — правой. По классификации TNM больные распределились следующим образом: T2N0M0, T2N2M0, T2N0M0, T1N0M0, T2N1M0. Вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом с раздельной интубацией легких. На первом этапе выполнялось радикальное вмешательство на молочной железе в типичном положении больной на операционном столе. После завершения этого этапа производился поворот больной на здоровую сторону в полубоковое положение. По задне- и переднеподмышечной линиям в III-V межреберьях устанавливались 3 торакопорта (2-10 мм и 1-5 мм) для видеокамеры и манипуляторов.

С помощью эндохирurgicalеских инструментов производится резекция внутренних грудных сосудов на стороне поражения с моноблочным ши-

роким иссечением окружающей клетчатки, содержащей лимфоколлектор, с I по IV межреберье. Через один из портов в плевральную полость устанавливался 5 мм ПХВ-дренаж и, после расправления легкого, восстановления его вентиляции, производилось ушивание троакарных отверстий и операционной раны.

В послеоперационном периоде дренаж из плевральной полости извлекался, как правило, на 1-2 сутки после рентгенологически доказанного расправления легкого. Дальнейшая курация послеоперационного периода не отличается от таковой у больных, перенесших стандартное вмешательство. Послеоперационных осложнений не было. Все пациентки прошли необходимый курс радиотерапии в Краевом онкоцентре и химиотерапии в нашей больнице. Находятся на диспансерном наблюдении у онколога в поликлинике ЦРБ, признаков рецидива заболевания ни у кого не выявлено.

Таким образом, можно сделать вывод, что нет необходимости концентрировать всех больных только в краевых и областных центрах для проведения радикального хирургического лечения рака молочной железы. Наличие эндовидеохирургического комплекса и хирургов, имеющих достаточный опыт в торакальной эндохирurgicalеской операции, позволяют оказывать квалифицированную помощь пациентам, страдающим раком молочной железы, по месту жительства, приближая современные медицинские технологии к населению районов Красноярского края.

ТАРАСКО А.Д., МАЛЬЦЕВА Н.В., КОВАЛЬЧУК Е.С.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии,
г. Новокузнецк*

ПРОНИКАЮЩИЕ ЯЗВЫ СТОПЫ

Проникающие язвы стопы нередко встречаются в практике хирурга. По нашим данным, эта патология встречается в 1-2 случаях на 1000 больных, обратившихся за хирургической помощью в поликлинику. В структуре гнойно-воспалительных заболеваний эта патология встречается в 1 % случаев.

Несмотря на относительную редкость, проникающие язвы стопы имеют большое клиническое и социальное значение, поскольку они нуждаются в многомесячном лечении и сопровождаются развитием таких серьезных осложнений, как сепсис, белковое истощение, пандактилит, гнойный артрит, гангрена. Иногда осложнения требуют выполнения калечащих операций, приводящих к инвалидизации.

Чрезмерно активная хирургическая тактика сопровождается порой серьезными осложнениями. Неэффективное хирургическое вмешательство может привести к еще большему изъязвлению. Возникают проникающие язвы стопы при сахарном диабете, сирингомиелии, токсической полинейропатии, при гемипарезах после инфаркта мозга. Патогенез проникающих язв стопы остается в значительной мере не изученным, что препятствует разработке рациональной лечебной программы.

Классифицируют проникающие язвы стопы: 1) по глубине поражения: поверхностные (до собственной фасции); глубокие (поражаются сухожилия, капсула сустава, кости); 2) по проявлениям инфекции (септическая язва): а) с ограниченной инфекцией; б) с распространением инфекции на

суставы, кости, развитием флегмон и гангрены (сухой или влажной).

Факторы патогенеза проникающих язв стопы:

1. Парез мышц стопы, как проявление полинейропатии; атрофия мышц стопы, сглаживание и уплощение сводов, изменение патомеханики стопы с усилением давления на зоны плюснефаланговых суставов, образование гиперкератоза и последующее изъязвление.
2. Инфекция, проникающая через поврежденные барьерные ткани (кожу и фасции) на фоне отсутствия чувствительности.
3. Нарушение микроциркуляции (микроангиопатия).
4. Снижение реактивности гипотетически сопровождается уменьшением или извращением синтеза цитокинов, что приводит к изменению течения раневого процесса, нарушением характера дифференцировки клеток. Раневой эпителий не получает стимула для движения к центру раневого дефекта, клетки скапливаются на периферии язвы, ороговевают и образуют вал гиперкератоза.

Принципы лечения проникающих язв:

1. Поверхностные язвы без признаков инфицирования можно лечить амбулаторно. Глубокие и септические язвы должны лечиться в условиях хирургического стационара.
2. Амбулаторное лечение включает регулярный туалет язвенной поверхности и окружающей язву кожи, включая мытье с мылом не реже 3-х раз в неделю; перевязки с использованием средств в соответствии с фазой раневого процесса; во 2-й фазе раневого процесса целесообразно применение факторов роста (тромбоцитарного и эпидермального), в том числе в виде тромбоцитарного густка из собственной крови. Обязательное использование ортезов (пе-

лот переднего отдела стопы, гелево-тканевая подушечка на передний отдел стопы, стельки и полустельки с отверстиями в проекции суставов). Применяются окклюзионные повязки (цинк-желатиновая, повязка «Гидроколл» или «Гидрофилм»).

3. Стационарное лечение проводится с использованием постельного или полупостельного режима, инфузионной дезинтоксикационной, дезагрегационной и ангиопротекторной терапии, инфузионной или регионарной антибиотикотерапии, инфузия простогландина E2. Патогенетически обосновано применение регионарных блокад (паранефральная блокада по А.В. Вишневному). Проводится хирургическая обработка язвенной поверхности: кюретаж, вакуумирование, ультразвуковая кавитация, ампутация пальцев, атипичная резекция стопы.

Несмотря на проведение лечения по описанной программе, результаты оставляют желать лучшего. Это связано с тем, что нет полного понимания механизма задержки регенерации и низкой реактивности. Неудовлетворительные результаты связаны с малой доступностью современных препаратов на основе регуляторных полипептидов (цитокинов) из-за их высокой стоимости. Существуют организационные трудности, нелегко добиться своевременной госпитализации данной категории больных, до тех пор, пока не разовьются тяжелые осложнения.

Таким образом, проблема лечения проникающих язв стопы остается в целом не решенной. Необходимы дальнейшие исследования в направлении изучения механизмов регенерации на клеточном, субклеточном и генетическом уровне. Необходимы прикладные разработки, направленные на снижение стоимости лечения данной категории больных.

ТОПОЛЬНИЦКИЙ Е.Б., ДАМБАЕВ Г.Ц., СОКОЛОВИЧ Е.Г.,
УСОВА Н.Х., ШИХОВ В.Ю.

*Сибирский государственный медицинский университет,
Кафедра госпитальной хирургии,
Госпитальная хирургическая клиника им. А.Г. Савиных,
г. Томск*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Актуальной проблемой грудной хирургии является лечение рубцовых стенозов трахеи. В настоящее время наиболее часто стенозы трахеи имеют ятрогенную причину, как следствие трахеостомии и длительной искусственной

вентиляции лёгких (ИВЛ) через интубационную и трахеостомическую трубку [Хасанов У.С., 2005; Тришкин Д.В., 2007; Abbasidezfouli A. et al., 2007]. Радикальным методом лечения рубцовых стенозов является циркулярная резекция суженного

участка трахеи с анастомозом конец в конец. Однако операция технически сложна, травматична и связана с большим операционно-анестезиологическим риском [Зенгер В.Г., 1999; Паршин В.Д. и соавт., 2008; Grillo H., 2004].

Материал и методы. В клинике находилось на лечении 6 больных с рубцовыми стенозами трахеи в возрасте от 19 до 60 лет, из них было 4 женщины и 2 мужчин. Во всех случаях основной причиной стеноза стали реанимационные мероприятия, сопровождающиеся длительной ИВЛ. Длительная ИВЛ у 2 пациентов стала причиной не только рубцового стеноза трахеи, но формирования трахеопищеводного свища. Показанием к длительной респираторной поддержке являлась дыхательная недостаточность, обусловленная в 2 случаях черепно-мозговой травмой, в 3 – острой хирургической патологией и в 1 – тяжелой сочетанной травмой груди и живота. Продолжительность ИВЛ была от 4 до 29 суток. С трахеостомой госпитализировано 5 пациентов. Продолжительность канюленосительства варьировала от 2 недель до 5 месяцев.

Результаты исследования. Протяженность рубцовых изменений составила от 1,5 до 5 см. В 2 случаях патологический процесс локализовался в шейном отделе трахеи, в остальных случаях – в шейно-верхнегрудном. Рубцово-грануляционный стеноз трахеи диагностировали у 2 больных, у остальных клинико-морфологические изменения были расценены как рубцовые.

Все пациенты получали комплексное лечение, состоящее из эндостентирования, повторных криодеструкций стенозированного участка трахеи и ингаляционной терапии. У 3 пациентов при эндоскопическом осмотре нарушение дыхания было расценено как декомпенсированное или критическое. Из них, 2 пациентам первоначально выполнили бужирование суженного участка трахеи через трахеостомическое отверстие. Для закрепления дилатирующего эффекта после бужирования на уровне стеноза устанавливали на 24 часа термопластичную эндотрахеальную трубку. У 1 больного с декомпенсированным стенозом без наличия трахеостомы перед началом лечения сформировали окончатый дефект на передней стенке трахеи и, одновременно, иссекли рубцовые и грануляционные ткани зоны стеноза. В этом случае бужирование не проводили.

Основной этап заключался в криовоздействии на ткани рубца. Криовоздействие осуществляли через трахеостомическое отверстие криоаплика-

тором из никелида титана (TiNi). Апликатор состоит из цилиндрического рабочего наконечника и закреплённого на его торце деформированного держателя. Для увеличения продолжительности криогенного воздействия наконечник выполнен из пористого проникаемого TiNi, держатель выполнен из пластического TiNi. Наконечник погружали в специальный стакан с жидким азотом. Затем, манипулируя держателем, наконечник вводили через трахеостомическое отверстие на необходимую глубину и прижимали к стенке трахеи в области рубца или грануляций. Процесс можно визуально контролировать трахеоларингоскопией. После извлечения наконечника манипуляцию повторяли, подвергая криовоздействию последовательно всю поверхность стеноза.

В конце процедуры на уровне стеноза устанавливали интубационную или трахеостомическую трубку. Манипуляцию повторяли через день в количестве 2-8 раз, что зависело от степени выраженности и распространённости стеноза, а также клинико-морфологической стадии заболевания. По окончании всего курса криодеструкции просвет дыхательных путей в дальнейшем формировали на Т-образной силиконовой трубке. Не ранее чем через 4 недели после лечения, при условии отсутствия респираторного стеноза, Т-образную трубку удаляли, заживление трахеостомы происходило самостоятельно.

У 2 больных после проведения полного курса лечения по восстановлению просвета трахеи потребовалась пластика дефекта передней стенки шейного отдела трахеи. В обоих случаях удалось без осложнений устранить окончатый дефект трахеи и обеспечить адекватное дыхание. У 2 больных с трахеопищеводным свищем в начале лечения выполнили его разобщение без удаления суженного участка трахеи. Просвет дыхательных путей в дальнейшем формировали на Т-образной силиконовой трубке. Проведение радикального хирургического лечения (разобщение свища с резекцией трахеи) у этих пациентов считали крайне рискованным. На 3-4 неделе после ликвидации свища осуществляли лечение стеноза трахеи по разработанной нами схеме.

Заключение. В комплексном лечении рубцовых стенозов трахеи криохирurgia – эффективный метод восстановления проходимости дыхательных путей. Применение криоапликатора из TiNi позволит расширить возможности криохирургии, а разработанная методика лечения постинтубационных стенозов трахеи может быть рекомендована для практического применения.

ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ
ОШИБОК ПРИ ПРОСТОМ АППЕНДИЦИТЕ

Слабая разработка теории патогенеза острого аппендицита (ОА), познания механизмов его развития и регрессирования до сих пор остаются главными причинами ошибок в диагностике и лечебной тактике при простом аппендиците. Неясность происхождения заболевания привела хирургическую общественность к тактике «спасительного шаблона» — поставил диагноз аппендицит — немедленно оперируй. Трудности различения простого и деструктивного аппендицита в долапароскопический период привели к удалению в среднем 25 % макроскопически неизмененных червеобразных отростков (ЧО). На практике многие хирурги стремились избежать напрасных аппендэктомий путем тщательного наблюдения, различными способами лечебного воздействия на начинающееся воспаление ЧО.

Внедрение диагностической лапароскопии повысило точность диагностики аппендицита в среднем до 95 %. Оценить состояние ЧО осталось невозможно в случаях противопоказанности лапароскопии и наличии помех для визуализации отростка. Появились сообщения об удалении неизмененных ЧО только в 3-6 % случаев. Однако, внедрение лапароскопической диагностики практически не изменило существовавшую до этого лечебную тактику. В литературе встречаются весьма противоречивые и до полярности противоположные установки по отношению к хирургической тактике при простом аппендиците: удалять ЧО с профилактической целью; не удалять; не удалять, если от начала заболевания прошло 24 часа; не удалять, если в брюшной полости выявлено другое заболевание (болезнь Крона, аднексит, воспаление дивертикула Меккеля и др.).

В соответствии с адаптационной теорией патогенеза ОА может развиваться тремя принципиально разными путями: 1) в результате обтурации ЧО каловыми массами, камнями или инородными телами; 2) в результате висцеро-висцеральных рефлексов и отека стенки на фоне неспецифической сенсibilизации при заболеваниях органов брюшной полости; 3) в результате общего стрессорного воздействия на организм (в том числе и различных заболеваний) и фазового влияния гормонально-гуморальных механизмов на лимфоидную ткань, гиперплазия которой может играть роль обтурирующего просвет ЧО фактора. Возможность прогрессирования воспаления в ЧО и скорость его зависит от степени неспецифической сенсibilизации и соотношения провоспалитель-

ного и противовоспалительного потенциала, но основное количество деструктивных форм ОА появляется после 6-9 часов от начала заболевания.

Следовательно, ОА в своем развитии имеет множество причин как внутреннего, так и внешнего характера. Это динамичный процесс без прямой зависимости простого аппендицита от длительности заболевания, с возможностью быстрого или медленного прогрессирования или регрессирования. Перечисленные положения позволяют считать, что однозначного подхода, как в диагностике, так и в лечебной тактике, не может быть — удалять или не удалять ЧО. Подход должен быть дифференцированным. То же касается и диагностики — лапароскопическая констатация факта, что ЧО не изменен, не гарантирует от прогрессирования заболевания, что, к счастью, бывает редко, поскольку существует обтурационный механизм патогенеза. Поэтому за больными требуется наблюдение и при сохранении боли в правой подвздошной области в течение 10-12 часов, показана операция.

Отступление в диагностике от принципа динамического наблюдения за больным с болевым синдромом в правой подвздошной области и дифференцированной лечебной тактики чревато многочисленными ошибками, которые наблюдаются и в настоящее время. Вот типичные примеры ошибок.

Больной 70 лет с тяжелой патологией сердца. Через 7 часов от начала заболевания при пальпаторной боли в правой подвздошной области и нормальной температуре предпринята аппендэктомия. Диагностическая лапароскопия не выполнена из-за чрезмерного ожирения. После операции в ближайшие часы наступила смерть от инфаркта миокарда. Червеобразный отросток без деструктивных изменений. Целесообразно было в данной ситуации продолжить наблюдение и только при усилении клинической картины ОА (повышение температуры, раздражение брюшины) предпринять аппендэктомию.

Больная 19 лет, беременность 26 недель. Через 7 часов от начала заболевания при нормальной температуре предпринята диагностическая лапароскопия, повлекшая за собой смертельное осложнение. Червеобразный отросток не изменен. Следовало наблюдать больную несколько часов и, при невозможности исключения ОА, предпринять аппендэктомию.

Больной 69 лет, заболевание началось с правосторонней нижнедолевой пневмонии, затем при-

соединился холецистит, считавшийся основным заболеванием. На фоне имевшихся заболеваний развился деструктивный аппендицит и перитонит. Картина калькулезного неструктивного холецистита с пневмонией перекрывали начало аппендицита. Лапароскопическое сопровождение диагностики не было предпринято. Следует помнить, что не только заболевания органов брюшной полости, но и другие заболевания-стрессоры могут стать причиной развития аппендицита.

Больная 18 лет, поступила в клинику после лечения обострения хронического гайморита с картиной аппендикулярной колики. Боли в правой подвздошной области не исчезали в течение нескольких дней, температура тела повышалась до 37,1°C и снова нормализовалась. Через 6 суток произведена аппендэктомия. Весь просвет ЧО плотно заполнен каловыми массами. Гистологическое заключение — хронический аппендицит. Следова-

ло проводить наблюдение не более 10-12 часов и при сохранении боли произвести аппендэктомию в виду неразрешимой патогенной ситуации. Не случайно в США аппендэктомия считается оправданной при деструктивном ОА и обтурации ЧО. В остальных случаях аппендэктомия рассматривается как неэтичная. Хирурги предпочитают при сомнительной картине не спешить с операцией. Наш опыт показывает, что чаще причиной, препятствующей регрессу простого аппендицита, являются каловые камни ЧО.

Следовательно, основным критерием решения тактического вопроса при простом аппендиците является динамика клинической картины. Быстрое стихание и полное выздоровление позволяет не оперировать больного. Сохранение болевого синдрома в течение 12 часов наблюдения и консервативного лечения требует аппендэктомии, поскольку патогенетическая причина этого остается нам неизвестной.

УРБАН А.С., ЛИШОВ Е.В., ПЕРМИНОВ А.А., МИРОНЕНКО Т.В., ВЕРТКОВ А.Г.
*ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
Кемеровская государственная медицинская академия,
Кузбасский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН,
г. Кемерово*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Послеоперационные вентральные грыжи (ПОВГ) сегодня рассматриваются как сложное полиэтиологическое заболевание, обуславливающие многочисленные расстройства в деятельности внутренних органов, причем количество больных с ПОВГ продолжает увеличиваться, составляя до 25 % всех грыж (Жебровский В.В., 2000). По мнению А.Н. Ткаченко (1998), это связано с повышением хирургической активности при заболеваниях органов брюшной полости. В последние годы в литературе появились данные о возможности выполнения превентивного эндопротезирования передней брюшной стенки после плановых операций на органах брюшной полости у пациентов с факторами риска развития ПОВГ (Гогия Б.Ш. и соавт., 2007).

Целью исследования явилось изучение ближайших результатов применения сетчатых эндопротезов с целью укрепления послеоперационного шва при экстренных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости.

В период с января 2008 по сентябрь 2009 гг. в хирургическом отделении № 1 Кемеровской областной клинической больницы находились на лечении 16 пациентов, которым было выполнено эн-

допротезирование передней брюшной стенки после лапаротомии по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости. У 5 пациентов выполнена холецистэктомия, холедохолитокэкстракция, дренирование холедоха по Керру, у 7 — холецистэктомия (из паракостального доступа), у 3 пациентов — герниолапаротомия, резекция участка тонкой кишки с наложением илеотрансверзоанастомоза, по поводу ущемленной многокамерной послеоперационной вентральной грыжи размерами W4 (классификации SWR, Chevrel-Rath Мадрид, 1999), у 1 — параректальным доступом выполнена гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. Длительность заболевания составила $3,4 \pm 0,7$ суток. С учетом высокого риска инфицирования сетчатого протеза выполнялась изолирующая интраабдоминальная аллогерниопластика (Усов С.А., 2008) (в позиции «underlay» — 13 пациентам, «inlay» — 3 пациентам).

Все пациенты, которым было выполнено эндопротезирование, имели факторы риска развития в послеоперационном периоде ПОВГ: возраст пациентов ($64,9 \pm 3,5$ лет), выбор хирургического доступа (менее выраженная функциональная

защита по сравнению со срединной лапаротомией), индекс массы тела пациентов составлял $43,5 \pm 1,5$ кг/м², имелась также сопутствующая патология: у 6 пациентов гипертоническая болезнь III-IV стадий.

В послеоперационном периоде у 2 пациентов выполнены пункции сером, количество пункций составило $5,2 \pm 0,5$, с эвакуацией $20,3 \pm 1,8$ мл серозно-геморрагической жидкости (при посеве микрофлора не выделена). У 1 пациента рана зажила вторичным натяжением, при этом признаков

инфицирования сетчатого эндопротеза не выявлено. Срок пребывания пациентов в стационаре составил $15 \pm 2,4$ к/д. За период наблюдения (1 год) у пациентов возникновения ПОВГ не выявлено.

Таким образом, превентивное эндопротезирование передней брюшной стенки в исходе экстренных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, при наличии факторов риска развития послеоперационной вентральной грыжи является перспективным методом в профилактике развития данного заболевания.

ФАЕВ А.А., БАРАНОВ А.И., КУЗНЕЦОВ В.В.

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

МЛПУ «Городская клиническая больница № 29»,

г. Новокузнецк

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МОНОДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА – ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Новый этап развития лапароскопической хирургии связан с разработкой и внедрением метода транслюминальной эндоскопической хирургии через естественные отверстия (NOTES) и лапароскопической хирургии через единственный доступ (SILS).

В данном сообщении представлен опыт выполнения первых 10 лапароскопических аппендэктомий при остром аппендиците с применением технологии единственного лапароскопического доступа (SILS).

Материал и методы. В отделении общей хирургии ГКБ № 29 г. Новокузнецка с июня 2009 г. применяется лапароскопическая аппендэктомия через монодоступ при остром аппендиците (ЛАМ). Оперированы 10 пациентов в возрасте от 17 до 60 лет, 7 женщин и 3 мужчины. Индекс массы тела (ИМТ) пациентов составил от 19,4 до 34,1 кг/м², в среднем 26,8 кг/м².

Показанием для проведения аппендэктомии через лапароскопический монодоступ считали неосложненный острый аппендицит (без перфорации и перитонита) с длительностью заболевания до 24 часов. Наличие плотного периаппендикулярного инфильтрата и невозможность создания экспозиции считали показанием для конверсии.

Предварительная диагностическая лапароскопия проведена у 3 пациентов.

Использовался единственный трансумбиликальный доступ до 2 см длиной, с установкой в него трех портов – одного 10-мм для лапароскопа и двух 5-мм для рабочих инструментов. Устройство доступа не применяли. После выполнения кожного разреза накладывали пневмоперитонеум, как по открытой методике, так и с помощью прямой пункции троакаром. Троакары вводили в брюш-

ную полость, как через единый фасциальный дефект, так и применяя отдельные пункции апоневроза. Применялись ротикуляционные и ригидные (традиционные) лапароскопические инструменты, 30°-10-мм видеолапароскоп. В случае предварительной диагностической лапароскопии для монодоступа использовали предшествующую троакарную рану. Рабочий 5-мм инструмент располагали параллельно лапароскопу, 5-мм ротикулятор – под углом к ним.

После обзорной видеолапароскопии, оценки распространенности воспалительного процесса и создания экспозиции проводилась интракорпоральная аппендэктомия с биполярной коагуляцией брыжеечки отростка. Способы обработки культи червеобразного отростка были различными – использовали как лигатурный метод (с применением петле Редера викрил 2/0, проводимых через 5-мм троакар), так и клиппирование. Червеобразный отросток извлекался из брюшной полости в контейнере через пупочный доступ. Дренаж полости малого таза и ложа отростка после ЛАМ у большинства пациентов (9/10) не проводилось. Отказ от установки дренажа был возможен в условиях отсутствия перитонита, перфорации отростка и наложений фибрина на брюшине. Послеоперационную рану ушивали шовным материалом с длительным сроком рассасывания (викрил, апроаг). Время операции ЛАМ составило от 40 до 90 минут, в среднем 70,5 минут.

Флегмонозный аппендицит выявлен у 7 пациентов, флегмонозный в инфильтрате – у 1, гангренозный в инфильтрате – у 1, гангренозный аппендицит и периаппендикулярный абсцесс – у 1 пациента. Конверсия к традиционному лапароскопическому трехпортовому доступу была у од-

ной пациентки в связи с конфликтом между инструментами и отсутствием возможности создания адекватной экспозиции. С целью дренирования периаппендикулярного абсцесса у 1 пациента потребовалась установка второго порта.

Результаты. Послеоперационный период после ЛАМ сопровождался традиционными преимуществами лапароскопического доступа. Отмечался минимальный болевой синдром, сравнимый с таковым после диагностической лапароскопии. Не-наркотические анальгетики (кетонал, трамал) применялись только в течение первых 24 часов. Болевой синдром в первые 24 часа по пятибалльной визуально-аналоговой шкале составил в среднем 3,5 балла. Отличный косметический результат достигнут у всех пациентов. 50 % пациентов покинули стационар через 4-5 суток после оператив-

ного лечения. Отмечено одно послеоперационное осложнение у пациента, подвергнутого конверсии в традиционную лапароскопическую аппендэктомию – инфильтрат правой подвздошной ямки, который регрессировал после консервативного лечения. Осложнений со стороны послеоперационной раны нами не отмечено.

ВЫВОДЫ:

1. Лапароскопическая аппендэктомия через модоступ является безопасным и адекватным пособием при неосложненном аппендиците и может рассматриваться как новый альтернативный малоинвазивный метод лечения.
2. Данная технология может улучшить качество лечения пациентов, развивая традиционные преимущества лапароскопического доступа.

ФОМИН С.А.

*Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения
«Медсанчасть Ново-Ярославского нефтеперерабатывающего завода»,
г. Ярославль*

ДИНАМИКА ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ АППЕНДЭКТОМИИ

Расчёт лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) предназначен для определения степени интоксикации при гнойно-воспалительных заболеваниях любой локализации. ЛИИ имеет большое значение, как для контроля лечения, так и для прогноза болезни. Клиническое значение ЛИИ заключается в определении тяжести гнойно-воспалительного процесса, а также возможности применения его как критерия, помогающего, наряду с клиническими и лабораторными исследованиями, диагностировать прогрессирование процесса или развитие гнойного осложнения.

При остром аппендиците определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), отражая тяжесть и остроту заболевания, соответствует клиническим признакам интоксикации. Независимо от показателя лейкоцитоза, повышение его позволяет объективно судить о присоединившихся осложнениях и об адекватности послеоперационного лечения.

Цель исследования — сравнить изменения ЛИИ при различных способах аппендэктомии.

Материалы и методы. Из общего количества пациентов, прооперированных по поводу острого аппендицита, были отобраны с морфологической формой флегмонозный аппендицит. В основной группе аппендэктомию выполнялась из косо-параректального мини-доступа (Патент № 2346658

РФ). В контрольной группе операция аппендэктомия выполнялась из традиционного доступа Волковича-Дьяконова-Мак Бурнея. Формирование групп для клинического исследования проведено с учетом выполненной операции, отсутствием гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде до выписки из стационара. Критериями для формирования групп являлись также значения давности заболевания до 24 часов, индекс массы тела до 26, возраст пациентов. В результате для проведения клинического исследования были сформированы две группы пациентов численностью по 20 человек.

Определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) проводили по формуле, предложенной Я.Я. Кальф-Калифом (1941). За норму была принята величина от 0,5 до 1,5.

Результаты и обсуждение. При анализе результатов исследования ЛИИ в основной и контрольной группах выявлено, что до оперативного лечения средние значения ЛИИ были выше нормы в обеих группах при статистически незначимых различиях ($U = 132$, $df = 38$, $p = 0,065856$).

В первые сутки после операции отмечался резкий подъём значений ЛИИ у всех больных в основной и контрольной группах по сравнению со значениями ЛИИ до операции. Увеличение значений ЛИИ более выражено и статистически зна-

чимо в контрольной группе (тест Вилкоксона $p = 0,001019$), в основной группе увеличение статистически значимо, но менее выражено (парный тест Стьюдента $t = 3,567$, $df = 38$, $p = 0,000996$) при наблюдаемой тенденции различий значений ЛИИ между основной и контрольной группами ($U = 132$, $df = 38$, $p = 0,065856$).

На вторые сутки после операции в основной группе отмечалось снижение ЛИИ более чем в два раза (парный тест Стьюдента $t = 6,776$, $df = 38$, $p = 0,000000$) по сравнению со значениями ЛИИ в первые сутки после операции. В контрольной группе понижение значений ЛИИ статистически значимо (тест Вилкоксона $p = 0,018675$), но менее выражено при статистически значимых различиях между основной и контрольной группами ($t = 5,392$, $df = 38$, $p = 0,000004$). В основной группе средние значения ЛИИ на вторые сутки после операции достигли нормальных показателей.

На третьи сутки после операции продолжилось снижение средних значений ЛИИ в обеих группах по сравнению со значениями на вторые сутки после операции. В основной группе снижение средних значений ЛИИ статистически значимо в пределах нормальных значений (парный тест Стьюдента $t = 5,052733$, $df = 38$, $p = 0,000011$). В контрольной группе средние значения ЛИИ достигли нормальных показателей (парный тест Стьюдента $t = 4,943$, $df = 38$, $p = 0,000016$) при статистически значимых различиях между основной и контрольной группами ($t = 4,887$, $df = 38$, $p = 0,000019$).

Выводы. Таким образом, после аппендэктомии из косо́го параректального мини-доступа подъём значений ЛИИ в первые сутки после операции меньше, чем после операции из традиционного доступа. Нормализация показателя после малоинвазивной операции происходит ко вторым суткам, а после традиционной операции к третьим суткам после операции.

ФОМИН С.А.

*Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения
«Медсанчасть Ново-Ярославского нефтеперерабатывающего завода»,
г. Ярославль*

НОВАЯ ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Разработанный нами косо́й параректальный мини-доступ при операциях по поводу острого аппендицита соответствует принципам: максимальная доступность и минимальная инвазивность (Патент № 2346658 РФ).

Ориентиром направления разреза является точка Мак Бурнея. Разрез передней брюшной стенки начинается от *linea biliaca*, длиной 3-4 см параллельно паховой связке к правому латеральному краю прямой мышцы живота. Разрез располагается в двух зонах: *regio inguinalis dextra* и *regio rubica*. Кровоснабжение данных областей осуществляется посредством шести нижних межреберных и четырех поясничных артерий, которые направляются к подкожной клетчатке, прободая мышечный слой. Кроме того, в подкожной клетчатке разветвляется поверхностная надчревная артерия, а также ветви поверхностной артерии, окружающей подвздошную кость. Поверхностная надчревная артерия (*a. epigastrica superficialis*) является ветвью бедренной артерии. Она пересекает спереди паховую связку на границе внутренней и средней трети и направляется к области пупка, где анастомозирует с верхней и нижней надчревными артериями. Поверхностная артерия, окружающая подвздошную кость, *a. circumflexa ilium superficialis*, идет вверх и кнаружи, к перед-

ней верхней ости подвздошной кости. Иннервация данных областей передней брюшной стенки осуществляется ветвями шести нижних межреберных нервов, а также ветвями подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов. От межреберных нервов в подкожную клетчатку и далее в кожу направляются *гг. cutanei abdominis laterales* et *гг. cutanei abdominis anteriores*. Первые прободают наружную косую мышцу живота по передней подмышечной линии и делятся на передние и задние ветви, иннервирующие кожу переднебоковых отделов брюшной стенки, вторые проходят через влагалище прямой мышцы живота и иннервируют кожу в передней части брюшной стенки. Подвздошно-подчревный нерв, *п. iliohypogastricus*, иннервирует кожу в области наружного отверстия пахового канала, подвздошно-паховый нерв, *п. ilioinguinalis*, — кожу в области *mons pubis*.

Апоневроз наружной косой мышцы живота пересекается по ходу апоневротических волокон, от границы окончания мышечных волокон с переходом на переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Ниже *linea arcuata* передняя стенка влагалища прямой мышцы живота образована апоневротическими волокнами косых мышц, которые переплетаются по срединной линии и образуют белую линию живота, *linea alba*. Поэтому влага-

лице прямой мышцы живота полностью не вскрывается. Это приводит к тому, что не повреждается нижняя надчревная артерия, а. epigastrica inferior, которая отходит от наружной подвздошной артерии вблизи паховой связки. Нижняя надчревная артерия перекрещивает семявыносящий проток спереди и первоначально располагается между брюшиной и поперечной фасцией живота, затем, направляясь вверх, прободает поперечную фасцию и вступает в прямую мышцу. Разрез апоневроза наружной косой мышцы живота по длине больше кожного разреза на 3-4 см в обе стороны, это способствует уменьшению «стеснённых

условий» на ход операции, увеличения угла операционного действия. Предельным значением этого параметра считается угол 45°. Внутренняя косая мышца живота и поперечная мышца живота тупо раздвигаются на границе перехода мышечных волокон внутренней косой мышцы живота в апоневротические, в непосредственной близости от латерального края влагалища прямой мышцы живота.

Разработанная нами техника косого параректального мини-доступа относится по классификации М.И. Прудкова (1993) к операциям в «стеснённых условиях».

ФОМИН С.А.

*Муниципальное клиническое учреждение здравоохранения
«Медсанчасть Ново-Ярославского нефтеперерабатывающего завода»,
г. Ярославль*

ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ РАСТВОРОМ ХЛОРГЕКСИДИНА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ

Важную роль, влияющую на исход хирургического лечения, имеет профилактика гнойно-воспалительных осложнений. Одним из способов профилактики является антисептикопрофилактика.

Цель исследования — оценить эффективность обработки операционной раны 0,5 % водноспиртовым 70 % раствором хлоргексидина биглюконата и 0,5 % водным раствором хлоргексидина биглюконата.

Материал и методы. У 38 пациентов, прооперированных по поводу острого флегмонозного аппендицита с давностью заболевания до 24 часов, проведено бактериологическое исследование. Женщины — 30 (78,9 %), мужчины — 8 (21,1 %). Средний возраст — 24,8 лет. Изучена микробная контаминация брюшной полости, операционной раны до и после обработки антисептиками. Бактериологический метод включал выделение и идентификацию микроорганизмов по морфологическим, тинкториальным, ферментативным и антигенным свойствам. Исследование наличия и качественного состава микрофлоры сочетали с количественным её изучением на основе определения числа микроорганизмов в КОЕ/мл или КОЕ/см² «методом салфеток» (С.А. Мoyer et al., 1965).

У 19 больных операционная рана обрабатывалась 0,5 % водноспиртовым 70 % раствором хлоргексидина биглюконата, у 19 — 0,5 % водным раствором хлоргексидина биглюконата.

Результаты и обсуждение. Микробиологическое исследование показало, что у 38 пациентов с морфологически подтверждённым «флегмонозным аппендицитом» с поверхности купола слепой киш-

ки в 21 случае (55,3 %) были выделены монокультуры различных микроорганизмов. В 17 случаях (44,7 %) роста микроорганизмов не обнаружено. Количественный состав микроорганизмов колебался от 10² до 10⁸ КОЕ/см². По видовому составу наиболее часто высевалась Escherichia coli — 6 (15,8 %), в количестве 10² КОЕ/см² — 10⁴ КОЕ/см², Staphylococcus epidermidis — 4 (10,5 %), 10²-10⁸ КОЕ/см², Staphylococcus haemolyticus — 3 (7,9 %), 10⁴-10⁵ КОЕ/см², Staphylococcus aureus — 3 (7,9 %), 10² КОЕ/см². Proteus vulgaris высевался в 2 случаях (5,3 %) в количестве 10⁴ КОЕ/см², Morganella morganii — 2 (5,3 %), 10⁴-10⁸ КОЕ/см², Klebsiella pneumoniae обнаружена в 1 (2,6 %), в количестве 10⁸ КОЕ/см². При исследовании контаминации операционной раны в 19 случаях (50 %) роста микроорганизмов не обнаружено. В 19 исследованиях (50 %) отмечался рост монокультур микроорганизмов в количественном составе от 10² до 10⁸ КОЕ/мл. Escherichia coli — 5 (13,2 %), количество 10² КОЕ/мл, Staphylococcus epidermidis — 4 (10,5 %), 10³-10⁶ КОЕ/мл, Staphylococcus aureus — 4 (10,5 %), 10² КОЕ/мл, Staphylococcus haemolyticus — 3 (7,9 %), 10⁵-10⁶ КОЕ/мл. Proteus vulgaris — 2 (5,3 %), 10³ КОЕ/мл. Morganella morganii — 10⁸ КОЕ/мл встретились в единственном посеве (2,6 %).

У 19 пациентов после обработки операционной раны 0,5 % водным раствором хлоргексидина биглюконата с экспозицией 5 минут в 5 случаях (26,4 %) были выделены микроорганизмы. Были обнаружены Escherichia coli — 1 (5,3 %), 10² КОЕ/мл, Staphylococcus epidermidis — 2

(10,5 %), 10^2 - 10^4 КОЕ/мл, *Staphylococcus haemolyticus* – 1 (5,3 %), 10^3 КОЕ/мл и *Morganella morganii* – 1 (5,3 %), 10^7 КОЕ/мл в монокультурах.

У 19 пациентов после обработки операционной раны 0,5 % водноспиртовым 70 % раствором хлоргексидина биглюконата результаты микробиологического исследования были отрицательны в 100 % случаев.

Из брюшной полости высевались грам-положительные аэробы в 10 случаях (26,3 %), грам-отрицательные аэробы – в 11 (28,9 %). Из операционной раны до обработки антисептиком грам-положительные аэробы высевались в 11 случаях (28,9 %), грам-отрицательные аэробы – в 8 (21,1 %), анаэробы не обнаружены.

После обработки 0,5 % водным раствором хлоргексидина биглюконата в 3 случаях (15,8 %) определялись грам-положительные, в 2 (10,5 %) – грам-отрицательные аэробные микроорганизмы.

При количественной оценке микробной флоры в брюшной полости выявлено, что в 5 посевах количество микробных тел превышало «критический уровень» – 10^5 КОЕ/мл, что составило 13,2 % от общего количества исследований и 23,8 % от положительных результатов исследований. При посевах из операционной раны количество микробных тел превышающее «критический уровень»

было выявлено у 3 пациентов – 7,9 % от общего количества исследований и 15,8 % от положительных результатов исследований. В одном посеве после обработки операционной раны антисептиком количество микробных тел превысило «критический уровень» – 10^5 КОЕ/мл (выделена *Morganella morganii*).

Характер флоры, высеянной из брюшной полости и из операционной раны, по составу не отличается и представлен в основном монокультурами *Escherichia coli* и микроорганизмами рода *Staphylococcus* spp. Обработка раны 0,5 % водноспиртовым 70 % раствором хлоргексидина биглюконата эффективна в отношении всех выделенных микроорганизмов. Обработка раны 0,5 % водным раствором хлоргексидина биглюконата приводила к снижению количественного состава микроорганизмов у 23 % пациентов. У 73 % пациентов роста микроорганизмов не обнаружено.

Заключение. Обработка контаминированной операционной раны во время аппендэктомии 0,5 % водноспиртовым 70 % раствором хлоргексидина биглюконата 1) эффективна в отношении большинства возбудителей инфекции области хирургического вмешательства, 2) не приводит к увеличению длительности операции, 3) сопровождается минимальными материальными затратами, 4) проста в исполнении.

ХОРЕВ Н.Г., ТРИБУНСКИЙ С.И., ЛЕМЕШКО А.А., ГУРЬЕВА В.А.,
МОЛЧАНОВА И.В., ПЕТРИКОВ А.С., ДОРОФЕЕВ М.Ю.,
ПУЧКИНА М.Н., КОЛОМИЕЦ А.Я., ГРИГОРЬЕВА Е.Е.
ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет,
НУЗ Отделенческая больница ст. Барнаул,
Перинатальный центр (клинический) Алтайского края,
г. Барнаул, Россия

РОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ХИРУРГА В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И ТЯЖЕЛЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Цель исследования – изучить некоторые закономерности возникновения тромбозов поверхностных и глубоких вен нижних конечностей у женщин фертильного возраста и определить роль сердечно-сосудистого хирурга в лечении тяжелых акушерских кровотечений

Материал и методы. За период с 2004 по 2008 г. в отделении сосудистой хирургии на стационарном лечении находилось 255 женщин репродуктивного возраста с острыми венозными тромбозами. На госпитальном этапе проводилось дуплексное сканирование вен нижних конечностей и оценивалось наличие тромбоза в различных венозных бассейнах, его сочетание и уровень, на-

личие флотации и сафенобедренного тромбоза. При клинических и инструментальных признаках тромбоэмболии легочной артерии выполнялась традиционная или КТ– ангиопульмонография. Тяжелые акушерские кровотечения (кровопотеря более 1 литра крови, требующая проведения гемотрансфузии) в период с 2006-2008 г. отмечены у 105 рожениц в ЛПУ Алтайского края. Возраст рожениц составил от 17 до 41 года. Во всех случаях оперативное пособие заключалось в проведении экстренной лапаротомии с выполнением объема основного этапа в зависимости от причины кровотечения. В тяжелых случаях случаев окончательную остановку кровотечения удалось осу-

шествовать путем перевязки внутренних подвздошных артерий (ВПА), которая проводилась сердечно-сосудистым хирургом. В специализированных лечебных учреждениях акушерское пособие проводилось в присутствии сосудистого хирурга. При возникновении события в ЦРБ проводилась доставка специалиста службой «медицины катастроф».

Результаты. Из госпитализированных с тромбозами не беременных женщин было 237 (92,9 %), а женщин на различных сроках беременности – 18 (7,1 %). Средний возраст женщин с острыми венозными тромбозами составил $39 \pm 1,8$ лет. Наибольшее число пациенток приходилось на возраст от 41 до 49 лет (52,5 %). У 133 женщин (52,2 %) был острый тромбоз поверхностных вен, у 99 пациенток (38,8 %) острый тромбоз глубоких вен, а у 5 пациенток (2 %) отмечалось сочетание тромбоза глубоких и поверхностных вен. У 13 беременных (5,1 %) отмечался тромбоз поверхностных вен, а у 5 (2 %) – тромбоз глубоких вен. При острых поверхностных тромбозах у женщин преобладал тромбоз большой подкожной вены, а при тромбозах глубоких вен чаще встречался подвздошно-бедренный тромбоз. Большинство женщин с поверхностными (68,4 %) и глубокими (55,5 %) тромбозами были доставлены через 4-7 дней с момента дебюта первых клинических симптомов. У большинства женщин репродуктивного возраста причиной тромбоза поверхностных вен была варикозная болезнь (54,1 %), на фоне беременности тромбоз встречался в 9,8 %, при гинекологических заболеваниях в 9,8 %. Причину тромбоза глубоких вен у 29,3 % женщин репродуктивного возраста установить не удалось, а у 28,3 % женщин тромбоз развился на фоне гинекологических заболеваний. В структуре гинекологических заболеваний у женщин с венозными тромбозами преобладали миома матки (46,5 %), с одинаковой частотой встречался эндометриоз и

эдометрит (по 14 %). Онкологические заболевания матки и придатков встречались у 11,6 % женщин. Оперативному лечению подвергнуто 77 женщин. Перевязка подкожных вен у устья выполнена у 64 пациенток (83,1 %), тромбэктомия из сафенофemorального соустья у 6 женщин (7,8 %), а установка кавафилтра и тромболитис у 7 женщин (9,1 %). Летальных исходов не наблюдалось.

Летальных исходов в родильных домах Алтайского края в анализируемой группе не отмечено. Частота тяжелых кровотечений составила 0,12 на 1000 родов. Причины кровотечений и виды акушерской патологии: центральное предлежание плаценты – 6 женщин (5,7 %), истинное вращение плаценты – 26 (24,8 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 20 (19 %), гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде – 33 (31,4 %), недостаточный хирургический гемостаз – 3 (2,9 %), разрыв матки – 4 (3,8 %), акушерский травматизм – 5 (4,8 %), гнойно-септическая инфекция – 8 (7,6 %). Перевязка ВПА проведена в 5 случаях, что составило 4,5 % в структуре всех акушерских кровотечений. Организационная тактика состояла в прогнозировании возникновения кровотечения и информации о возможном событии сердечно-сосудистого хирурга.

Выводы. Выявлены некоторые закономерности и причины возникновения тромбозов поверхностных и глубоких вен нижних конечностей у женщин репродуктивного возраста. Перевязка ВПА – эффективный способ ликвидации тяжелых акушерских кровотечений. При тяжелых акушерских кровотечениях необходимость перевязки ВПА возникает в 4,5 % случаев. Ишемических осложнений зоны васкуляризации перевязываемых сосудов не отмечено. Организационная схема ведения родов при прогнозировании кровотечения с привлечением сосудистого хирурга позволяет избежать летальных исходов.

ЧЕРНЕНКО В.Ф., ЮДИНА Е.В., ВЛАСОВ К.Е.
*Алтайский государственный медицинский университет,
Клиника госпитальной хирургии,
г. Барнаул*

ТАКТИКА СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПЕРИТОНИТАХ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Проблема тазовых перитонитов гинекологического происхождения связана с характером гнойно-деструктивного процесса со стороны гениталий и вовлеченностью соседних органов и тканей брюшной полости в воспалительный процесс. Необходимость участия совместно с гинекологом общих хирургов в случае вовлечения в процесс кишечника и других органов живота зас-

тавляет искать пути оптимального решения тактических задач в нестандартных ситуациях.

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения гнойно-деструктивных процессов гениталий (ГДПГ), сопровождающихся тазовым перитонитом, путем рационализации тактических подходов при сочетанных поражениях.

Материалом клинического исследования послужили 635 больных с ГДПГ и различными сочетанными поражениями, поступившие в отделение гнойной хирургии Краевой клинической больницы за последние 5 лет (2004-2008 гг.). Возраст больных: до 20 лет – 19, до 30 лет – 83, до 40 лет – 151, до 50 – 295, до 60 – 78, старше 60 лет – 9 больных. Как видно, большинство (86 %) составили женщины молодого и среднего возраста. Причинами возникновения ГДПГ в большинстве случаев явились нерациональное лечение хронических воспалительных заболеваний придатков матки (32 %), длительное использование внутриматочной контрацепции (51 %), несвоевременное обращение за медицинской помощью (59 %), неоправданно длительное (более 10 дней) консервативное лечение формирующихся ГДПГ (53 %). Длительность заболевания с момента острого начала до поступления в стационар составила от 2 до 23 суток. В диагностике помимо физикального и лабораторного обследования использовались ультразвуковые и лапароскопические методы.

В результате обследования были выявлены – параметрит в 100 % наблюдений, пельвиоперитонит в 88 %, парацистит в 37 %. Отмечается многообразие контактно-переходных осложнений с вовлечением большого сальника и брюшины с формированием абсцессов брюшной полости. Наиболее часты абсцессы Дугласовых пространств (32 %), межпетельные абсцессы (10,5 %), реже наблюдали абсцессы поддиафрагмальные и подпеченочные (2,2 %), а также абсцессы передней брюшной стенки (0,9 %). Вторая группа осложнений связана с вовлечением в гнойно-деструктивный процесс полых органов – толстой кишки, чаще сигмовидной – 12 наблюдений, (1,9 %), тонкой (чаще подвздошной) – 5 наблюдений (0,8 %).

Показанием для хирургического лечения являлись одно- или двухсторонние ГДПГ в сочетании с доброкачественными опухолями матки, шей-

ки матки, яичника и вторичными воспалительными поражениями органов и тканей брюшной полости. При сочетанных органных поражениях в операционную бригаду включался общий хирург.

Характер оперативных вмешательств, выполненных у наблюдаемых больных: одно- или двухстороннее удаление тубоовариальной опухоли в сочетании с надвлагалищной ампутацией матки – 344 больных (54,2 %), удаление односторонней тубоовариальной опухоли в сочетании с тубэктомией или без нее, одно- или двухсторонние тубэктомии – 273 (43 %), экстирпация матки – 18 (2,8 %), резекция большого сальника – 79 (12,4 %), грыжесечение – 4 (0,6 %), дренирование абсцессов Дугласовых пространств – 204 (32,1 %), дренирование межпетельных абсцессов – 67 (10,5 %), дренирование подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов – 14 (2,2 %), дренирование абсцессов передней брюшной стенки – 6 (0,9 %), дренирование предпузырных абсцессов – 10 (1,6 %), резекция тонкой кишки – 5 (0,8 %), интубация тонкой кишки – 19 (2,3 %), наложение колостомы – 14 (2,2 %) [в том числе операция Гартмана – 6 (0,9 %), петлевая сигмостома – 2 (0,3 %), илеотрансверзоанастомоз – 2 (0,3 %)], санационная релапаротомия при перитоните – 22 (3,5 %), наложение цистостомы – 2 (0,3 %), аппендэктомия – 38 (6 %).

Летальные исходы наступили у 6 больных (0,9 %), 4 – от сепсиса и 2 – от тромбоэмболических осложнений. Остальные больные выписаны с благоприятным исходом. Считаем важным в достижении последних решение организационной задачи в оказании помощи больным с ГДПГ, в частности, выделение специализированных коек в отделении гнойной хирургии и определение штатной должности гинеколога, обеспечивающее возможность оперативного решения вопросов совместно с общим хирургом в случае сложной сочетанной патологии.

ЧЕРНЫШЕВ А.В., КОЗЛОВ С.В., ЕРМОЛАЕВ Ю.Д.

*НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного
медицинского университета им. Г.К. Жерлова,*

*ФГУЗ ФМБА России КБ № 81 Межрегиональный центр хирургии и гастроэнтерологии,
г. Северск, Томская обл., Россия*

К МЕТОДИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИВАГИНАЦИОННО-КЛАПАННОГО ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА

При выполнении панкреато-дуоденальных резекций, в различных модификациях либо внутреннем дренировании кист, возникает необходимость в формировании панкреато-

дигестивных анастомозов, в частности панкреато-еюноанастомоза (ПЕА). Согласно данным большинства авторов наиболее «уязвимым местом» выполняемых резекций остается ПЕА. Частота его

несостоятельности достигает 14-30 %, при этом почти в 50 % наблюдений отмечается летальный исход. Поэтому ближайшие результаты резекций неразрывно связаны прежде всего с совершенствованием техники формирования ПЕА [Кубышкин В.А., 2003; Патютко Ю.И., 2007].

Ними разработан в эксперименте и внедрен в клиническую практику метод формирования арефлюксного инвагинационно-клапанного ПЕА. В течение 12 лет было прооперировано 48 пациентов. Показаниями послужили: рак головки поджелудочной железы – 22 (45,8 %), цистаденома головки ПЖ – 4 (8,3 %), рак большого дуоденального сосочка – 6 (12,5 %), хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – 8 (16,7 %), калькулезный панкреатит – 4 (8,3 %), кисты ПЖ – 4 (8,3 %). Среди них было 32 мужчины (66,7 %) и 16 женщин (33,3 %).

Способ ивагинационно-клапанного ПЕА состоит в следующем: ниже связки Трейца на 10 см мобилизуется и пересекается петля тонкой кишки. Дистальный конец подводится к культю поджелудочной железы позадиободно. Формируется инвагинационный ПЕА конец в конец (головка поджелудочной железы с тощей кишкой) 2-х рядным швом шириной 2 см. Внутренний ряд швов: проток (или стенка кисты) с подслизистой

основой тощей кишки, наружный ряд швов: серозная оболочка тощей кишки с тканью поджелудочной железы. Ниже на 10 см моделируется инвагинационный клапан. Ниже которого на 5 см формируется межкишечный анастомоз по Ру 2-х рядным швом. Таким образом, создается ПЕА за счет инвагинации культи поджелудочной железы в слизисто-подслизистый футляр отключенной по Ру петли тощей кишки «конец в конец», а формируемый клапан не позволяет агрессивному кишечному содержимому и желчи поступать в зону анастомоза и в панкреатический проток.

Из 48 оперированных пациентов в 42 случаях (87,5 %) ранний послеоперационный период протекал без особенностей, в 6 случаях (12,5 %) выявлен послеоперационный панкреатит, купированный консервативно. Несостоятельности ПЕА выявлено не было.

Способ ивагинационно-клапанного ПЕА обеспечивает близкое к физиологическим условиям функционирование поджелудочной железы и значительно снижает риск послеоперационного панкреатита и несостоятельности ПЕА, а в отдаленном послеоперационном периоде уменьшает вероятность рубцевания ПЕА, осуществляя тем самым профилактику возникновения внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В., ШАБАЛДАС Н.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
ГБУЗ НСО «Новосибирская областная клиническая больница»,
г. Новосибирск*

ОСЛОЖНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

На базе клиники кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета в отделении торакальной хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» стентирование пищевода и пищеводных анастомозов при раке выполнено 60 пациентам (49 мужчин и 11 женщин). Возраст пациентов от 37 до 78 лет.

Стентирование силиконовым стентом ОАО «МедСил» с наружным диаметром от 9 до 15 мм, длиной от 12 до 18 см выполнено 22 пациентам, в остальных случаях (38) установлены нитиноловые стенты с полимерным покрытием (1 – Wilson Cook; 37 – M.I. Tech).

При установке и в первые две недели после ее отмечены следующие осложнения (всего 10 пациентов):

- установка силиконового стента: разрыв стенки пищевода в зоне опухоли из-за ее перерастяжения (1), эмпиема плевры слева вследствие некроза опухоли с формированием пищеводно-

плеврального свища (1), миграция стента выше участка сужения (4), обструкция пищевыми массами (1).

- нитиноловый стент: выраженный болевой синдром, потребовавший удаления стента (1), частичная миграция стента ниже участка сужения (1), смещение стента выше опухолевого стеноза после рвоты (1).

В сроки от 8 до 12 месяцев 4 пациентам выполнено стентирование по типу «стент-в-стент» в связи с продолженным ростом опухоли, формированием трахеопищеводного свища за счет распада опухоли. Выполнено 72 эндоскопических вмешательства 60 пациентам.

Все осложнения диагностированы и устранены. Летальных исходов, связанных с осложнением операции не было.

Выводы: Стентирование пищевода и пищеводных анастомозов при злокачественном его поражении является достаточно эффективным и безо-

пасным методом восстановления перорального приема пищи. Предпочтительным для установки является использование саморасправляющихся стентов, дающих меньшее число осложнений. При исполь-

зовании нитиноловых стентов в случае продолженного роста опухоли и стенозирования в области проксимального или дистального конца стента возможно стентирование по типу «стент-в-стент».

ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В., ШАБАЛДАС Н.В.

*Новосибирский государственный медицинский университет,
ГБУЗ НСО «Новосибирская областная клиническая больница»,
г. Новосибирск*

СТЕНТИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА ПРИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОМ СВИЦЕ

Стентирование искусственного пищевода с целью разобщения трахеонеоэзофагеального свища выполнено пациенту 42 лет. В 2006 году получил химический пищевод после приема щелочи с формированием продленной послеоперационной стриктуры пищевода. В связи с чем (апрель 2007 г.) первым этапом лечения выполнена гастротомия по Витцелю, а затем (октябрь 2007 г.) выполнена экстирпация пищевода с эзофагогастропластикой желудочным стеблем. В раннем послеоперационном периоде возникла несостоятельность скрепленных швов трансплантата, которая купирована консервативно. При рентгеноскопии пищевода перед выпиской (ноябрь 2007 г.) «затеков» контраста не выявлено и пациент выписан из отделения.

В декабре 2007 г. вновь госпитализирован в отделение с жалобами на поперхивание при глотании жидкости, твердой пищи. При рентгеноскопии искусственного пищевода и фиброэзофагоскопии выявлен свищ между искусственным пищеводом и трахеей 2 × 1,5 см. На фоне проводимых консервативных мероприятий и зондового питания, добиться заживления свища не удалось.

В апреле 2008 г. пациент оперирован: торакотомия справа с целью разобщения свища и ушивания трахеи и искусственного пищевода. Интраоперационно выявлен выраженный спаечный процесс между аортой, искусственным пищеводом и трахеей, что делало невозможным разобщение свища.

С целью перекрытия дефекта выполнено стентирование искусственного пищевода силиконовым стентом и стентирование трахеи нитиноловым стентом М.І. Tech (апрель 2008 г.). После стентирования состояние несколько улучшилось, стало возможным питание через рот. Однако через 8 месяцев после стентирования вновь появились жалобы на поперхивание. Стенты из искусственного пищевода и трахеи удалены и выполнено стентирование пищеводным стентом с антирефлюксным клапаном МІ-Tech. При контрольных обследованиях с проведением эндоскопического и рентгенологического исследований, «затеков» контрастного вещества не выявлено. Питается через рот жидкой и полужидкой пищей. Отмечает улучшение состояния, прибавку в весе.

ШИЛИН М.В., ШИЛИН В.М.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
г. Новокузнецк*

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПРЕССИОННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Согласно многочисленным публикациям, в последние годы повсеместно регистрируется неуклонный рост заболеваемости колоректальных опухолей, и даже, прогнозируется возможное его «лидерство» в ближайшие 15-20 лет, над другими видами опухолей. Гемиколэктомия с формированием межкишечного соустья, является радикальным методом лечения колоректального рака, при этом средние показатели несостоятельности анастомоза, сформированного ручным уз-

ловым швом, составляют 2,6-8,4 %. Внедрение в практику сшивающих аппаратов позволило значительно улучшить результаты в хирургии толстой кишки. Применение аппаратного шва привело к стандартизации техники анастомозирования, к уменьшению времени оперативного вмешательства.

Применение в конструкции металла с памятью формы (нитинола) позволило выполнять дозирования силы компрессии с плавным нарастанием

усилий позволило значительно снизить травматичность стенки кишки в зоне анастомозирования, что качественно повлияло на формирование межкишечного анастомоза. Созданное устройство выполнено в виде замкнутых колец одинакового диаметра с перекладинами позволяет более равномерное распределение толщины стенок между компрессирующими кольцами. Втулка перемишки подвижного каркаса имеет допустимый зазор с осевым стержнем, допускающий угловое смещение по направлению сжатия. Устройство имеет приводную пружину из никелидтитана.

Устройство апробировано в эксперименте на животных. Для эксперимента были отобраны 15 беспородных собак в возрасте 5-7 лет, весом 9-14 кг. 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 с 10-х суток 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 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.

С учетом полученных положительных результатов в эксперименте, на основе данной конструкции, разработано устройство для формирования тонко-толстокишечных антирефлюксных анастомозов компрессионным швом.

Основа конструкции оставлена без изменений, отличие новой конструкции — наличие компрес-

сионных колец разного диаметра, при сшивании петель кишок, имеющих разную величину просвета, в меньшей степени вызывает гофрирование стенок стыкуемых сегментов, позволяет более равномерное распределение толщины стенок между компрессирующими кольцами. Втулка перемишки подвижного каркаса имеет допустимый зазор с осевым стержнем, допускающий угловое смещение по направлению сжатия.

В ходе эксперимента выявлено, что на 8 день после операции наблюдается консолидация зоны тонко-толстокишечного анастомоза (зоны соустья) молодым соединительнотканым рубцом на всю толщину стенки кишки, края пересеченных мышечных волокон представлены жизнеспособными клетками, а со стороны слизистой оболочки имелся дефект без наложения детрита и с активной его эпителизацией за счет «наползания» пролиферирующих эпителиальных клеток кишечного эпителия. Через 2 месяца в зоне «стыка» слизистых оболочек тонкой и толстой кишок дефект не определяется, слизистая оболочка почти сплошная и различается по тонкокишечным ворсинкам.

При сроке 6 месяцев у собаки среди мышечных пучков имеется тонкий волокнистый тяж, плотно соединяющий мышечные пучки из жизнеспособных клеток, он может быть частью рубца зоны анастомоза. Слизистая оболочка тонко-толстокишечного соустья не имеет дефектов эпителия, граница стыкуемых сегментов трудноразличима, тогда как в контрольных экспериментах при наложении ручных межкишечных анастомозов шелком и кетгутом гнойно-грануляционное воспаление в стенке кишки наблюдалось в 2 раза дольше и, по данным многих авторов, лишь по истечении 1 мес. отмечалось полное восстановление гистоструктуры слизистой оболочки области межкишечного соустья.

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.



ОГЛАВЛЕНИЕ

АНИСИМОВ А.Ю., АББАСЗАДЕ Т.Н. НЕИНВАЗИВНЫЙ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	3
АНИСИМОВ А.Ю., АББАСЗАДЕ Т.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ БОЛЬШИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ	3
АНИСИМОВ А.Ю., АНДРЕЕВ А.И. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ	4
АНИСИМОВ А.Ю., ГАЛИМЗЯНОВ А.Ф., КУЗНЕЦОВ М.В., САНГАДЖИЕВ С.Б., АНДРЕЕВ А.И. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	5
АНИСИМОВ А.Ю., ИСАЕВА И.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ ПЕЧЕНИ	6
АНИСИМОВ А.Ю., ИСАЕВА И.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	8
АНИСИМОВ А.Ю., МУСТАФИН Р.Р. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛОКАЛЬНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	9
АНИЩЕНКО В.В., РЕПИН В.Е., СЕМЕНОВ С.А., ХАЛЬЗОВ А.В., ШМАКОВА Е.А. ПРОБЛЕМЫ ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА МИКРОФЛОРЫ В УСЛОВИЯХ МАЛАБСОРЦИИ ПОСЛЕ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ	10
АНИЩЕНКО В.В., СЕМЕНОВ С.А., ХАЛЬЗОВ А.В. БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ ШУНТИРОВАНИЕ – АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	11
АУТЛЕВ К.М., КРУЧИНИН Е.В., ЯНИН Е.Л., ЮСУПОВ А.Р., ИВАНОВ В.В. АСПЕКТЫ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ.	12
АУТЛЕВ К.М., КРУЧИНИН Е.В., ЯНИН Е.Л., ЮСУПОВ А.Р., ИВАНОВ В.В. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ШУНТИРОВАНИЯ	13
БАРРЕДО Е.Е., ЛИШОВ Е.В., ПЕРМИНОВ А.А., МЕРЗЛЯКОВ М.В., ХИМЧЕНКО Л.А., ХАПАЕВА Т.Н. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЛОНОЙ ПНЕВМОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ	14
БАТИСКИН С.А., ЗОЛОВЕВ Д.Г., КОВАЛЬ О.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АМПУТАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	15
БАШИРОВ С.Р., МЕРКУЛОВА Ю.С., ТИХОНОВ В.И., ТРИФОНОВ М.Н. БАЛЛОННАЯ ПРОКТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ	15
БАШИРОВ С.Р., СЕМАКИН Р.В., БАШИРОВ Р.С., ТИХОНОВ В.И. ФОРМИРОВАНИЕ МЫШЕЧНОЙ ПЕТЛИ КАРДИИ ПРИ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА	17
БАШИРОВ С.Р., ТРИФОНОВ М.Н., БАШИРОВ Р.С., ТИХОНОВ В.И. ПРОКТЭКТОМИЯ ПРИ «НИЗКОМ» РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ	18
БАШИРОВ С.Р., ТРИФОНОВ М.Н., БАШИРОВ Р.С., ТИХОНОВ В.И., ГАЙДАШ А.А. МОРФОГЕНЕЗ ИСКУССТВЕННОГО СФИНКТЕРА ПРОМЕЖНОСТНОЙ ЧАСТИ НИЗВЕДЕННОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ПРОКТЭКТОМИИ	20
БЕЛОУС И.А., МОТОРЫКИН А.С. ВОССТАНОВЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ IV СТАДИИ	21
БЛАГИТКО Е.М., ТОЛСТЫХ Г.Н., ДОБРОВ С.Д., ПОЛЯКЕВИЧ А.С. ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА	22



БУРДИН В.В. МЕТОД РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА	23
БУРДИН В.В. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОПУЩЕНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ	24
ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., ЗЫКОВ Д.В., ЛЕСОВИК В.С., ГАЙДУКОВА Е.В., СУХАНОВ А.И. КТ-МОРФОЛОГИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	25
ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КАРТАШОВ Ю.В., ЧЕРНЫХ В.Г. ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	25
ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КОЦЮБА А.К. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	26
ВАСИЛЬЧЕНКО М.И., КОЦЮБА А.К., ЗЫКОВ Д.В. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	27
ГАНКОВ В.А., МАНШЕТОВ В.В. ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	29
ДАМБАЕВ Г.Ц., АБИЛОВ Ч.К. СВИСАЮЩИЙ АРЕФЛЮКСНЫЙ ГАСТРОДУОДЕНАНАСТОМОЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	30
ДЕМЕНТЬЕВА И.В., СОЛДАТОВ Е.А., МИРОНОВ А.В., КУПРИКОВ С.В. ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	31
ЗОЛОЕВ Д.Г., ЛИТВИНОВСКИЙ С.В. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ ПРИ ИШЕМИИ ЕДИНСТВЕННОЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ	32
ИЛЬИНСКАЯ Е.В., ГРОМОВ О.В., РУБЛЕВСКИЙ В.П., ЩЕГЛОВ А.В. ЛЮМБОСКОПИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИИ	33
КАЗАЕВ Г.А. МИКРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛАДЬЕВИДНОЙ И ПОЛУЛУННОЙ КОСТЕЙ	33
КИЦЕНКО Е.А., ЛУКИНА Е.А., ЛЮБИВЫЙ Е.Д., СЫСОЕВА Е.П., ДМИТРЕНКО Е.В., ДЕМЬЯНОВ А.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ	34
КОЗЛОВ С.В. ПОКАЗАНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ	35
КОЗЛОВ С.В. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	36
КОНОВАЛОВ А.А., АЛЕКСЕЕВ А.М. ВЫРАЖЕННОСТЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ АППЕНДЭКТОМИЯХ	37
КОСТЮКОВ А.В., ЛЕЩИШИН Я.М., КОНОВАЛОВ А.А. МЕСТНАЯ ЦИТОКИНОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ	38
КОШЕВОЙ А.П., ЧЕЛНОВ В.Г., ГИБАДУЛИНА И.О., ЛОБАНОВ А.Н. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	39
КОШЕВОЙ А.П., ЧЕЛНОВ В.Г., ГИБАДУЛИНА И.О., ЛОБАНОВ А.Н. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ	40
ЛЕВИТСКИЙ В.Д., ЯРЦЕВ П.А., ПАХОМОВА Г.В., ГУЛЯЕВ А.А., ДЗАГАНИЯ Ш.Г., ЧЕРНЫШ О.А. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ	41



ЛЕОНТЬЕВ А.С., КОРОТКЕВИЧ А.Г., СЕРЕБРЕННИКОВА Е.В. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ ТРАХЕИ	42
ЛУБЯНСКИЙ В.Г., ЖАРИКОВ А.Н. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ	43
МАРТУСЕВИЧ А.Г., ШКАТОВ Д.А., ТИХОНОВ В.И., ШПИЛЕВОЙ М.П. ИМПЛАНТИРУЕМАЯ ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЯ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ЕГО НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ	45
МОТОРЫКИН А.С., БЕЛОУС И.А. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ III СТАДИИ	46
МУГАТАСИМОВ И.Г., ЗАЙЦЕВ Н.М. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ	47
МУГАТАСИМОВ И.Г., СОЛОВЕНКО С.С. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ	48
МУГАТАСИМОВ И.Г., СОЛОВЕНКО С.С. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОБОДНОЙ ЯЗВОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	49
ООРЖАК О.В., КРАСНОВ О.А., ЗАХЛЕВНЫЙ А.И. ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	50
ОСИПОВ В.В., ЕСИН С.В., АКСЕНЕНКО А.В. НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	51
ПАВЛЕНКО В.В., СТАРЧЕНКОВ С.Б., ДЕСЯТКИН В.Б., ПОСТНИКОВ Д.Г. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ЛИХТЕНШТЕЙНА И ПРЕДБРЮШИННОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ КОСОПОПЕРЕЧНЫМ МИНИДОСТУПОМ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ	52
ПАВЛЕНКО В.В., ПОСТНИКОВ Д.Г. ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ	52
ПЕЛЬЦ В.А., КРАСНОВ К.А. РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	53
ПРОМЗЕЛЕВА Н.В., ПРОМЗЕЛЕВ Е.Г., САВКИНА О.Ю. ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА МАСТЭКТОМИИ НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕСТНОГО РЕЦИДИВА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 2-3 СТАДИИ	54
РУБЛЕВСКИЙ В.П., РУБЛЕВСКИЙ Б.В., ИЛЬИНСКАЯ Е.В. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИИ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ	55
САДЫКОВ Г.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАП-ЭЛМ-01 АНДРО-ГИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА	56
САДЫКОВ Г.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФДЭ-5 ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ИНТЕРОРЕЦЕПТИВНОЙ ФОРМОЙ ЭД	57
САДЫКОВ Н.К. СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ГАСТРОСТОМИИ ПРИ СТЕНОЗАХ ПИЩЕВОДА	58
СЕРЕБРЕННИКОВ В.В. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПОСОБА ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ИЗ МИНИДОСТУПА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	61
СОЛОВЕНКО С.С. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ОБОСНОВАНИЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ МИНИДОСТУПА ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	62
СТЁПИН Д.А. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВЫСОКОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ОНКОХИРУРГИИ И ВЛИЯНИЕ НА БЛИЖАЙШИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	63



СТЁПИН Д.А., КЕМЕРОВ С.В., КОШЕЛЬ А.П., ЖЕРЛОВА Т.Г. ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ СОСТОЯНИЕМ ОРГАНИЗМА БОЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	64
СТЁПИН Д.А., ШИПАКОВ В.Е., ЖЕРЛОВА Т.Г. ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ И ТОТАЛЬНОГО НЕКРОЗОВ ТРАМ-ЛОСКУТА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	66
СТРИЖЕВСКИЙ Ю.А., СВЕТЛОВ Б.В. ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПАРАСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В УСЛОВИЯХ ЦРБ	67
ТАРАСКО А.Д., МАЛЬЦЕВА Н.В., КОВАЛЬЧУК Е.С. ПРОНИКАЮЩИЕ ЯЗВЫ СТОПЫ	68
ТОПОЛЬНИЦКИЙ Е.Б., ДАМБАЕВ Г.Ц., СОКОЛОВИЧ Е.Г., УСОВА Н.Х., ШИХОВ В.Ю. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНТУБАЦИОННЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ	69
ТОРГУНАКОВ А.П. ПРИЧИНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ПРОСТОМ АППЕНДИЦИТЕ	71
УРБАН А.С., ЛИШОВ Е.В., ПЕРМИНОВ А.А., МИРОНЕНКО Т.В., ВЕРТКОВ А.Г. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	72
ФАЕВ А.А., БАРАНОВ А.И., КУЗНЕЦОВ В.В. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МОНОДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА – ПЕРВЫЙ ОПЫТ	73
ФОМИН С.А. ДИНАМИКА ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ИНДЕКСА ИНТОКСИКАЦИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ АППЕНДЭКТОМИИ	74
ФОМИН С.А. НОВАЯ ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ АППЕНДЭКТОМИИ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА	75
ФОМИН С.А. ОСОБЕННОСТИ ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ РАСТВОРОМ ХЛОРГЕКСИДИНА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ	76
ХОРЕВ Н.Г., ТРИБУНСКИЙ С.И., ЛЕМЕШКО А.А., ГУРЬЕВА В.А., МОЛЧАНОВА И.В., ПЕТРИКОВ А.С., ДОРОФЕЕВ М.Ю., ПУЧКИНА М.Н., КОЛОМИЕЦ А.Я., ГРИГОРЬЕВА Е.Е. РОЛЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО ХИРУРГА В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ И ТЯЖЕЛЫХ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ	77
ЧЕРНЕНКО В.Ф., ЮДИНА Е.В., ВЛАСОВ К.Е. ТАКТИКА СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТАЗОВЫХ ПЕРИТОНИТАХ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ	78
ЧЕРНЫШЕВ А.В., КОЗЛОВ С.В., ЕРМОЛАЕВ Ю.Д. К МЕТОДИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ИВАГИНАЦИОННО-КЛАПАННОГО ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА	79
ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В., ШАБАЛДАС Н.В. ОСЛОЖНЕНИЯ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ЕГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ	80
ЧИКИНЕВ Ю.В., ДРОБЯЗГИН Е.А., КУТЕПОВ А.В., ШАБАЛДАС Н.В. СТЕНТИРОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА ПРИ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОМ СВИЩЕ	81
ШИЛИН М.В., ШИЛИН В.М. МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПРЕССИОННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ	81

