РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

БЮЛЛЕТЕНЬ
ВОСТОЧНО-СИБИРСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА

N4 (86) Приложение 2012

ИРКУТСК

Главный редактор
С.И. Колесников

Зам. главного редактора
В.С. Рукавишников

Ответственный секретарь
Т.Г. Карпова

Редакционная коллегия

И.В. Бычков
Е.Г. Григорьев
В.В. Долгих
Л.И. Колесникова
Д.В. Кулеш
И.В. Малов
В.В. Малышев
В.А. Сороковиков
В.В. Шпрах

Редакционный совет

И.П. Артюхов *(Красноярск)*, С.В. Балахонов *(Иркутск)*, Г.И. Бишарова *(Чита)*, А.В. Говорин *(Чита)*, Дж. Анн Гроссман *(США, Нью-Йорк)*, А.А. Дзизинский *(Иркутск)*, В.В. Дворниченко *(Иркутск)*, В.В. Захаренков *(Новокузнецк)*, Н.Ф. Измеров *(Москва)*, В.К. Козлов *(Хабаровск)*, В.В. Кожевников *(Улан-Удэ)*, М.Т. Луценко *(Благовещенск)*, Л.М. Макаров *(Москва)*, В.Т. Манчук *(Красноярск)*, П. Нямдаваа *(Монголия, Улан-Батор)*, А.З. Плюснин *(Финляндия, Хельсинки)*, Н.В. Протопопова *(Иркутск)*, М.Ф. Савченков *(Иркутск)*, Р.К. Саляев *(Иркутск)*, О. Сэргэлэн *(Монголия, Улан-Батор)*, К. Такакура *(Япония,Токио)*, Е.В. Уварова *(Москва)*, Е.А. Шмелева *(Москва)*, А.Г. Щуко *(Иркутск)*

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Мнение автора может не совпадать с мнением редакции.

Адрес редакции: 664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, 16.
ВСНЦ ЭЧ СО РАМН.
Тел. (3952) 20-98-05, 20-90-48, факс. 20-98-13.
E-mail: sikol@sbamsr.irk.ru

Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации СМИ – ПИ № ФС77-47129 от 02 ноября 2011 г.

Основан в 1993 году.

Учредитель – Учреждение Российской академии медицинских наук Восточно-Сибирский научный центр экологии человека Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук (664003, г. Иркутск, ул. Тимирязева, д. 16).

Бюллетень включен в Реферативный журнал и Базу данных ВИНИТИ. Сведения о журнале публикуются в международной справочной системе по периодическим и продолжающимся изданиям "Ulrich's Periodicals Directory".

Бюллетень ВСНЦ СО РАМН входит в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук».

Подписной индекс 24347.

© Восточно-Сибирский научный центр экологии человека СО РАМН, 2012 г.
© Оригинал-макет РИО НЦРВХ СО РАМН, 2012 г., тел. (3952) 29-03-37.
Тираж – 500 экз.
Отпечатано в НЦРВХ СО РАМН, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1.

RUSSIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES
SIBERIAN BRANCH

BULLETIN
OF EASTERN-SIBERIAN SCIENTIFIC CENTER

N4 (86) Appendix 2012

IRKUTSK

Chief Editor
S.I. Kolesnikov

Deputy Chief Editor
V.S. Rukavishnikov

Executive secretary
T.G. Karpova

Editorial board

I.V. Bychkov
E.G. Grigoriev
V.V. Dolgikh
L.I. Kolesnikova
D.V. Kulesh
I.V. Malov
V.V. Malyshev
V.A. Sorokovikov
V.V. Shprakh

Editorial Council

I.P. Artyukhov *(Krasnoyarsk)*, S.V. Balakhonov *(Irkutsk)*, G.I. Bisharova *(Chita)*, A.V. Govorin *(Chita)*, J. Ann Grossman *(USA, New-York)*, A.A. Dzizinskiy *(Irkutsk)*, V.V. Dvornichenko *(Irkutsk)*, V.V. Zakharenkov *(Novokuznetsk)*, N.F. Izmerov *(Moscow)*, V.K. Kozlov *(Khabarovsk)*, V.V. Kozhevnikov *(Ulan-Ude)*, M.T. Lutsenko *(Blagoveshchensk)*, L.M. Makarov *(Moscow)*, V.T. Manchouk *(Krasnoyarsk)*, P. Nyamdavaa *(Mongolia, Ulaanbaatar)*, A.Z. Plusnin *(Finland, Helsinki)*, N.V. Protopopova *(Irkutsk)*, M.F. Savcheykov *(Irkutsk)*, R.K. Salyajev *(Irkutsk)*, O. Sergelen *(Mongolia, Ulaanbaatar)*, K. Takakura *(Japan, Tokyo)*, E.V. Uvarova *(Moscow)*, E.A. Shmeliova *(Moscow)*, A.G. Shchuko *(Irkutsk)*

The authors of the published articles account for choice and accuracy of presented facts, quotations, historical data and other information; the authors are also responsible for not presenting data which are not meant for open publication.

The opinion of the authors may not coincide with that of editorial board.

Address of editorial board: 16, Timiryaseva str., Irkutsk, Russia, 664003
Presidium of ESSC HE SB RAMS.
Tel. (3952) 20-98-05, 20-90-48, fax. 20-98-13.
E-mail: sikol@sbamsr.irk.ru

Bulletin of Eastern-Siberian Scientific Center of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences is registered in Federal Service of Supervision in communication sphere, information technologies and mass media. Certificate of Mass Media Registration – ПИ № ФС77-47129 of 2 November 2011.

The Bulletin has been founded in 1993.

Founder – Eastern-Siberian Scientific Center of Human Ecology of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences (16, Timiryaseva str., Irkutsk, Russia, 664003).

Bulletin is included in Abstract Journal and Data base of All-Russian Institute of Scientific and Technical Information. Information about the Bulletin is published in international question-answering system of periodicals and continued publications "Ulrich's Periodicals Directory".

Bulletin ESSC SB RAMS is included in «List of Russian reviewed scientific periodicals where main scientific results of dissertations for a degree of Candidate and Doctor of Science should be published»

Subscription index 24347.

© Eastern-Siberian Scientific Center of Human Ecology of SBof RAMS, 2012
© Compart performed by Publishing Department if SCRRS SB RAMS, 2012, tel. (3952) 29-03-37
Circulation – 500.
Printed in SCRRS SB RAMS; 1, Bortsov Revolutsii Str., Irkutsk

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Краткие сообщения

Анищенко В.В., Трубачева А.В. Электрическая активность — прогностический критерий течения тяжелого (некротизирующего) панкреатита 13

Арбошкин В.А., Лепехова С.А., Гольдберг О.А. Новый способ профилактики и коррекции пострезекционной гипергликемии в эксперименте 13

Астахова Н.А. Случай поздней диагностики компрессионного перелома позвоночника у подростка 14

Астахова Н.А. Отдаленные результаты лечения компрессионных переломов позвоночника у детей 15

Атаманов С.А., Квашин А.И., Помкин А.А., Мельник А.В., Быков А.О., Ширкин М.Г., Овчаренко Е.Я. Рентгенохирургическое лечение острого коронарного синдрома в условиях регионального сосудистого центра 16

Базыржапов А.Д., Стенин В.Г. Повторные операции по поводу аритмий сердца у пациентов после ранее выполненной радикальной коррекции тетрады Фалло 17

Батомункуев А.Б., Анцупова Т.П., Лубсандоржиева П.Б., Николаева Г.Г. Сравнительный анализ биологически активных веществ зеленых и ферментированных (черных) листьев бадана толстолистного 18

Белинов Н.В., Богомолов Н.И. Малоинвазивный металлоостеосинтез чрезвертельных переломов 20

Белоус Р.А., Малаев А.А., Смирнова О.Н., Болгов Д.Ф., Степаненко Е.А., Смирнова Н.Е. Лечение синдрома портальной гипертензии у детей по данным АОДКБ 21

Благитко Е.М. Причины поддиафрагмальных абсцессов 22

Благитко Е.М., Толстых Г.Н. Результаты лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями 22

Богомолов Н.И., Томских Н.Н., Сафронов Д.В. Новые технологии в хирургии для реабилитации больных с неблагоприятными последствиями перитонита 23

Богомолов Н.И. Результаты лечения желудочно-кишечных кровотечений 24

Богомолов Н.И., Томских Н.Н., Вотьев И.В. Щадящая хирургия холедохолитиаза 25

Богомолов Н.И., Вотьев И.В., Томских Н.Н. Усовершенствованный вариант папиллосфинктеротомии 26

Брегель А.И., Евтушенко В.В., Хантаков А.М., Мутин Н.А., Дертышников Е.Г. Аргоноплазменная коагуляция при язвенном гастродуоденальном кровотечении 26

Будашеев В.П., Гармаев Б.Г., Содномов Ч.В., Саганов В.П., Хабинов Б.С. Факторы риска гнойно-септических инфекций при распространенном гнойном перитоните 27

Будашеев В.П., Цыбиков Е.Н., Саганов В.П. Перитонеальный лаваж — как метод выбора диагностики и лечения абдоминального сепсиса при распространенном гнойном перитоните 28

Винокуров И.И. Новый метод хирургической обработки культи главного бронха 30

Винокуров М.М., Игнатьев В.В. Опыт применения препарата ADEPT в лечении острой тонкокишечной непроходимости 31

Винокуров М.М., Игнатьев В.В. Интраоперационные повреждения гепатикохоледоха 32

Вихерт Т.А., Зудин А.М., Атьков О.Ю. Применение интраоперационного ультразвукового исследования при эндоваскулярных вмешательствах на периферических артериях 33

Володченко Н.П., Новолодский Е.Г., Киселев П.Ю., Микляев В.Н., Федотова Т.М. Некоторые аспекты лечения острого панкреатита 34

Вотьев И.В., Прохоров Н.Б., Богомолов Н.И. Желчнокаменная болезнь — наиболее частая патология среди хирургических болезней 35

Вотьев И.В. Холедохолитиаз — нестареющая проблема хирургии 35

Ганичева И.А., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Токмаков И.А., Говорков Р.В. Тактика при инфильтратах малого таза, обусловленных длительным нахождением ВМС в полости матки 36

Ганичева И.А., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Токмаков И.А., Говорков Р.В. Определяющая роль фиброколоноскопии для раннего выявления и лечения опухолей толстой кишки 37

Говорков Р.В., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Токмаков И.А. Лечебная тактика при обтурационной кишечной непроходимости в условиях многопрофильного стационара 38

Гоголев Н.М., Винокуров М.М., Савельев В.В., Потапов А.Ф. Характеристика больных с вторичным перитонитом 39

Григоров Е.В., Быков А.Ю., Юшина Е.Г., Поршенников И.А., Зяблицкая Е.М. Сравнение вариантов формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа 40

Григорьев Н.Н., Михайлова В.М., Игнатьев В.Г. Малоинвазивный органосохраняющий метод лечения при карбункулах почки 40

Григорьев Н.Н., Игнатьев В.Г., Михайлова В.М. Наш опыт применения слинговых операций при стрессовом недержании мочи у женщин 41

Дамбаев Г.Ц., Шефер Н.А., Топольницкий Е.Б., Гюнтер С.В. Метод регистрации динамического изменения просвета трахеи и главных бронхов 42

Дерягин Е.В., Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Иванова Е.П., Канюшкин Н.В. Оптимальная профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в ортопедии и травматологии 43

Дибина Т.В., Кошель А.П., Клоков С.С., Артеменко М.В. Использование трехмерной эхографии в диагностике хирургической патологии 44

Доржиев Б.Д., Пунсуков К.Д. Сочетанная травма у детей по материалам детского хирургического отделения ГК БСМП и нейрохирургического отделения РКБ г. Улан-Удэ за 2005 – 2009 гг. 45

Доржиев Б.Д., Пунсуков К.Д. Анализ лечения термической травмы у детей 45

Доржиев Б.Д., Тыхенова М.Л., Пунсуков К.Д. Экспериментальная модель химического ожога пищевода и желудка современными агрессивными химическими агентами 46

Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Кутепов А.В. Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов 46

Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Кутепов А.В. Применение покрытых металлических стентов у пациентов со злокачественной дисфагией 47

Емец А.Н., Сахарюк А.П., Лабзин В.И., Дударикова С.А., Оразлиев Д.А., Саютин А.В., Грохольский В.Н., Захарова Н.В. Остеорефлексотерапия – новый метод лечения посттравматической дорсалгии 48

Емец А.Н., Сахарюк А.П., Лабзин В.И., Дударикова С.А., Оразлиев Д.А., Грохольский В.Н., Захарова Н.В., Осипенков С.В. Стереотаксическая селективная стероидная инъекционная декомпрессия – новый метод консервативного лечения заболеваний внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата 48

Емец А.Н., Сахарюк А.П., Лабзин В.И., Дударикова С.А., Оразлиев Д.А., Грохольский В.Н., Саютин А.В., Захарова Н.В. Новый способ профилактики возникновения комплексного регионарного болевого синдрома 49

Жигмитов А.А., Нагаслаева О.В., Николаева Г.Г., Маняк В.А., Петров Е.В. Химический состав биологически активной добавки «АРУРА-ТАН № 10» 49

Зюзько А.С., Новолодский Е.Г., Сахарюк А.П., Шимко В.В. Миниинвазивные хирургические технологии в лечении хронической ишемии нижних конечностей 50

Зюзько А.С., Новолодский Е.Г., Сахарюк А.П., Шимко В.В. Хирургическое лечение трофических язв венозной этиологии 51

Зяблицкая Е.М., Быков А.Ю., Юшина Е.Г., Григоров Е.В., Галкина Е.В. Факторы риска развития туберкулеза у пациентов после аллотрансплантации донорской почки 52

Иванова Е.П., Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Дерягин Е.В., Канюшкин Н.В. Активизация мышечно-венозной помпы нижних конечностей при окклюзивных тромбозах 53

Иванова Е.П., Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Канюшкин Н.В., Дерягин Е.В. Флотирующий тромбоз супраренального отдела нижней полой вены, тактика, лечение 53

Игнатьев В.Г., Михайлова В.М., Дягилева Т.С., Соловьев А.А., Никифоров А.Ю., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А. Непосредственные результаты хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза 54

Игнатьев В.Г., Михайлова В.М., Соловьев А.А., Холтосунов И.А., Кривошапкина Л.А., Никифоров А.Ю. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов 55

Игнатьева Н.Н., Игнатьев В.В. Диагностика желчнокаменной болезни в условиях поликлиники 56

Ишдорж Ц., Ганзориг Б., Эрдэнэбилэг Б., Цыдыпов А.И. Результаты склеротерапий мелкоузловатого зоба 57

Ишутин С.В., Роговченко А.В., Островский Д.А., Субботин А.Ю. Грыжесечение в условиях автономного от стационара амбулаторного учреждения 58

Канюшкин Н.В., Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Иванова Е.П., Дерягин Е.В. Хирургическая профилактика критической ишемии при окклюзионных заболеваниях нижних конечностей 59

Канюшкин Н.В., Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Иванова Е.П., Дерягин Е.В. Хирургическая реабилитация с диабетической макроангиопатией в условиях хирургического отделения 59

Канюшкин Н.В., Иванова Е.П., Дерягин Е.В., Сахарюк А.П., Шимко В.В. Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей в условиях общехирургического отделения 60

Кастыро И.В., Попадюк В.И., Зализко А.В., Ключникова О.С., Стефанова М.В. Сравнение интенсивности послеоперационной боли после септопластики и полипотомии носа 61

Клоков С.С., Кошель А.П., Алексеев В.А., Жерлова Т.Г. К вопросу о выборе способа хирургической коррекции при ахалазии кардии 62

Кошель А.П., Клоков С.С., Миронова Е.Б., Карпович А.В. Рак поджелудочной железы: некоторые вопросы диагностики и лечения 62

Кошель А.П., Воробьев В.М., Чирков Д.Н., Маевский Е.И., Круглов В.Г. Выбор тактики лечения у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии 63

Круглов В.Г., Кошель А.П. Выбор тактики лечения деструктивного панкреатита 64

Курбанисмаилова Р.Р., Меджидов Р.Т. Выбор доступа для холецистэктомии у больных старческого возраста 65

Литвинова Н.В., Осипенко М.Ф. Факторы, ассоциированные с билиарными болями после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни 66

Литвинова Н.В., Фролов Я.А., Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б. Факторы, ассоциированные с гастроинтестинальными симптомами после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни 67

Максимов А.В., Неустроев Т.С., Винокуров Р.Р., Местникова А.Г. Артифициальный мочевой пузырь из сегмента тонкой кишки в лечении местнораспространенного рака мочевого пузыря в Республике Саха (Якутия) 68

Максимов А.В., Неустроев Т.С., Винокуров Р.Р., Местникова А.Г. Лазерная контактная литотрипсия — новое слово в лечении мочекаменной болезни 68

Михайлова В.М., Игнатьев В.Г., Холтосунов И.А., Соловьев А.А., Кривошапкина Л.А., Никифоров А.Ю. Лечение анаэробного парапроктита 69

Михайлова В.М., Игнатьев В.Г., Дягилева Т.С., Соловьев А.А., Кривошапкина Л.А., Холтосунов И.А., Никифоров А.Ю. Хирургическая реабилитация стомированных больных 70

Мугатасимов И.Г. Однорядный шов кишечных анастомозов в неотложной хирургии 71

Неустроев П.А., Тобохов А.В., Слепцов В.Д. Отдаленные результаты после резекций ободочной кишки по поводу висцероптоза 72

Неустроев П.А., Тобохов А.В., Петров В.С., Гоголев Н.М., Сидоров А.Н., Захаров А.Г. Первые шаги учебной интегрированной операционной 72

Николаев В.Н., Тобохов А.В. Особенности хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных с аномалиями фиксации и развития ободочной кишки 73

Николаев В.Н., Тобохов А.В. К вопросу о важности ранней диагностики рака легкого 74

Намоконов Е.В., Мироманов А.М., Федотов А.В. Состояние антиоксидантной защиты организма у больных с переломами голени при использовании различных методов остеосинтеза 75

Носков А.В., Яновой В.В., Близнец А.И., Завгородний В.Н., Семеняк П.Г., Просвирнова О.Г., Кудашкин Ю.С., Тимошенко П.А. Выбор метода лечения нефроптоза с учетом гемодинамических критериев 76

Олифирова О.С., Омельченко В.А., Мушта Л.И., Добренко О.В. Сочетанные осложнения при кровотечениях из гастродуоденальных язв 77

Петров В.С. Билио-билиарные анастомозы при пересечении внепеченочных желчных протоков 77

Петров В.С. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистоэктомии 78

Пешков С.М. Метод аппендэктомии без перевязки культи червеобразного отростка у взрослых пациентов 79

Попова Л.А., Тобохов А.В., Васильев А.И., Федосеева А.К., Николаев В.Н. Временное внутрипросветное шунтирование при операциях на сонных артериях как метод профилактики развития ишемического инсульта 79

Попова Л.А., Тобохов А.В., Васильев А.И., Федосеева А.К., Николаев В.Н. Результаты хирургического лечения стенозов сонных артерий 80

Рагимов В.А. Эндоскопический метод диагностики и лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса 81

Роговченко А.В., Ишутин С.В., Островский Д.А., Ветохин Д.В. Амбулаторные операции при варикозной болезни нижних конечностей 82

Савельев В.В., Винокуров М.М., Гоголев Н.М., Потапов А.Ф. Искусственные методы детоксикации в комплексной терапии у больных стерильными формами панкреонекроза 83

Савельев В.В., Гоголев Н.М., Шамаева С.Х., Потапов А.Ф., Портнягина У.С. Совершенствование эмпирической и этиотропной антибактериальной терапии инфицированных форм панкреонекроза в многопрофильном хирургическом центре 84

Савельев В.В., Винокуров М.М., Гоголев Н.М. Возможности лечебно-диагностической лапароскопии в комплексном лечении стерильного панкреонекроза, осложненного ферментативным перитонитом 85

Сахарюк А.П., Шимко В.В. Проблемы совершенствования помощи больным с инфарктами и инсультами в Дальневосточном регионе 86

Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Иванова Е.П., Канюшкин Н.В., Дерягин Е.В. Почему мы не проводим профилактику венозных тромбоэмболических осложнений у больных хирургического профиля? 87

Сахарюк А.П., Шимко В.В., Емец А.Н., Иванова Е.П., Дерягин Е.В., Канюшкин Н.В. Скрининговая диагностика послеоперационного венозного тромбоза в условиях многопрофильного лечебного учреждения 88

Семенов Д.Н., Игнатьев В.Г., Гоголев Н.М., Гусаревич В.С. Лечение критической ишемии нижних конечностей 89

Сидоров А.Н., Захаров А.Г., Неустроев П.А., Макаров А.Д., Бодунов И.Е., Тимирдяев Д.Х. Опыт хирургического лечения опухолей поджелудочной железы и периампулярной зоны 90

Скворцов М.Б., Александров О.М. Клинико-анатомические особенности рефлюкс-эзофагита и их роль в обосновании и выборе лечебной тактики 91

Слепцов К.П., Баранова Т.В. Ближайшие результаты малоинвазивного лечения абсцессов печени 92

Смирнова Н.Е., Белоус Р.А., Малаев А.А., Болгов Д.Ф., Смирнова О.Н., Степаненко Е.А. Преимущества радикального оперативного лечения при воронкообразной деформации грудной клетки у детей 94

Сосина С.С., Неустроев П.А., Пестерева В.Н. Анализ бактериологического исследования желчи больных с хроническим некалькулезным холециститом 95

Сосина С.С., Пестерева В.Н., Атласова Л.М., Скрябина Т.В. Гелик-тест контроль эрадикационного лечения больных с патологией желудка 96

Сосина С.С., Тихонов Д.Г., Миронова Г.Е., Кривошапкина З.Н. Анализ влияния «Нежданинской» минеральной воды при патологии органов пищеварения 96

Сысолятин А.А., Шимко В.В., Кулеша В.Ф., Ишутин С.В., Новицкий В.Е., Сахарюк А.П., Демиденко Л.И., Зюзько А.С. Анализ результатов лечения больных деструктивным панкреатитом за пять лет 98

Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П., Панин И.А., Байдик О.Д., Руденских Н.В. Эндоскопическая челюстно-лицевая хирургия сегодня и завтра 99

Тобохов А.В., Ховрова Л.В. Результаты хирургического лечения рака толстой кишки 100

Тобохов А.В. Выдающийся ученый, врач, педагог, спортсмен (к 70-летию со дня рождения академика РАЕН, д.м.н., профессора А.И. Иванова) 101

Токмаков И.А., Юданов А.В., Кирилин Л.Н., Ганичева И.А., Лунев В.М. Сравнительная оценка типичной геморроидэктомии и геморроидэктомии с использованием аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции (Liga Sure) 102

Толкачев К.С., Щербатых А.В. Влияние паховой герниопластики по Lichtenstein на кровоток в *a. testicularis* 103

Толкачев К.С., Стальмахович А.В., Щербатых А.В. Опыт использования узкоспектральной колоноскопии в работе клиник ГБОУ ВПО ИГМУ 104

Томских Н.Н., Богомолов Н.И. Обтурационные технологии в лечении свищей желудочно-кишечного тракта и брюшной полости 105

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г. Встречаемость метаболического синдрома у больных острым идеопатическим тромбозом глубоких вен нижних конечностей 105

Усов С.А., Ровенских Д.Н., Сартаков Г.Г. Структура факторов риска острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей 106

Филиппов А.А., Гусаревич В.С., Гоголев Н.М., Гаврильев С.Н., Слепцов К.П. Хирургическая тактика лечения деструктивных гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры 107

Фролов А.П. Иммунный статус у больных стрептококковыми инфекциями мягких тканей 109

Фролов А.П. Значение цитологического исследования экссудата в дифференциальной диагностике стрептококковых заболеваний мягких тканей 110

Фролов А.П., Русецкая А.А. Особенности осложнений абдоминальной формы туберкулеза 110

Чеканов М.Н., Чеканов А.М. Сфинктеросохраняющая хирургия высоких свищей прямой кишки 111

Чердаков А.В., Матюшкин Р.В., Огольцова В.А., Касторных Е.Н. Хирургическое лечение обширных дефектов мягких тканей волосистой части головы 112

Чикинев Ю.В., Покатилов К.Н., Дробязгин Е.А., Коробейников А.В. Лечение пациентов с кровохарканьем и легочным кровотечением 112

Чирков Д.Н., Рудая Н.С., Маевский Е.И. Альтернативный метод лечения хронических эрозий желудка — эндоскопическая резекция слизистой 113

Шимко В.В., Сахарюк А.П., Решетникова Л.К., Голова А.Б., Сушкова А.И., Зюзько А.С. Диабетическая стопа, пути улучшения результатов лечения 114

Штофин С.Г., Штофин А.С., Садовский А.С. Панкреатодигестивные анастомозы на никелид-титановых стентах при заболеваниях поджелудочной железы 115

Шуликовская И.В., Чижова Е.А., Тюрюмина Е.Э. Варикозная трансформация вен таза у женщин, страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей 115

Щапов В.В. Однопортовая лапароскопия — будущее или тупиковая ветвь малоинвазивной хирургии? 116

Щур А.Ю., Белоус Р.А., Болгов Д.Ф., Вдовин О.Б., Вавилов С.С., Яцишин Д.А., Кряжевских О.В., Степаненко Е.А., Ельникова Ю.В., Смирнова Н.Е. Опыт лечения гастрошизиса 118

Юданов А.В., Ганичева И.А., Кирилин Л.Н., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Лунев В.М. Двух и трехэтапные операции при раке толстой кишки 118

Юданов А.В., Кан Б.В., Яковлев Е.А. Этапы оказания экстренной хирургической помощи населению Новосибирской области 119

Юданов А.В., Ганичева И.А., Кирилин Л.Н., Токмаков И.А., Говорков Р.В., Лунев В.М. Осложненный колоректальный рак. Этапы оказания помощи 120

Юданов А.В., Поршенников И.А., Григоров Е.В., Зяблицкая Е.М., Быков А.Ю. Развитие трансплантационных программ в Новосибирской области 121

Юшина Е.Г., Феофилов И.В., Быков А.Ю., Григоров Е.В. Малоинвазивные методы коррекции урологических осложнений после трансплантации почки 122

Якименко Ю.В., Квасов А.В., Шефер Н.А., Топольницкий Е.Б. Применение эндобронхиальной окклюзии бронхов в комплексном лечении больных пиопневмотораксом 123

Якимчук А.В., Степанов Н.П., Ефтеев Л.А. Случай лечения пациента с рецидивным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода в условиях центральной районной больницы 123

Яшнов А.А., Ханина Ю.С. О роли *Helicobacter Pylori* при желчнокаменной болезни 124

Правила оформления статей в «Бюллетень ВСНЦ СО РАМН» 125

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В.В. Анищенко, А.В. Трубачева

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ – ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО (НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО) ПАНКРЕАТИТА

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)

Выполнена экспериментальная работа с моделированием острого некротизирующего панкреатита с различными механизмами травмы: химическая (спирт), криовоздействие, механическая, введение трипсина, протеолитического яда. Нами обнаружена закономерность изменений электрической активности в группах, независимо от модели острого панкреатита, что позволило разделить реакцию железы на три типа.

I тип – характеризовался резким увеличением электрической активности, которая в норме нами не встречалась и была названа «патологической активностью». Появление патологической активности характеризовалось импульсами от нескольких долей секунд до нескольких минут. При проявлении «патологической активности» вольтаж и частота колебаний в сигнале возрастала до 10 раз. Между импульсами «патологической активности» электрограмма поджелудочной железы была практически плоской, но возрастание электрической активности повторялось многократно. При этом типе активности наиболее высокой она отмечена от 30 минут до 3-х часов регистрации. Затем электрическая активность поджелудочной железы затихала и последующие 3 – 4 часа регистрации практически отсутствовала.

II тип – наблюдалось снижение электрической активности значительно по сравнению с исходными данными. Электрограммы первых 2-х часов после повреждения были практически «плоскими». В последующие 2 – 3 часа регистрации электрическая активность периодически возрастала. Максимальной она была на 2,5 – 4 часах регистрации сигнала, в это время активность приобретала все признаки патологической и сохранялась от нескольких минут до часа. Затем электроактивнось поджелудочной железы была минимальной до конца эксперимента.

При III типе электрической активности сразу после повреждения и в течение всего периода эксперимента (более 6 часов) сигнал был совершенно плоским.

Патологическая активность (I и II типы) встретилась нам более чем в половине экспериментов. Средняя площадь некроза в этих случаях составила 22,92 %. Минимальная площадь некроза (фронтальный срез железы микротомом по всей длине) была 12 %, а максимальная – 33 %, но большая часть группы была более 20 %. Средняя площадь некроза при III типе – 11,57 %. Но в этой группе площадь некроза была от 6 % до 46 %, представляя большой разброс данных.

ВЫВОДЫ

Снижение электрической активности после повреждения объясняем снижением функции органа в ответ на повреждение и масштабной гибелью клеток, что может служить диагностическим критерием панкреонекроза.

«Патологическая активность» совпадает с одновременной гибелью большого количества клеток, но возрастание электроактивности происходит в оставшихся живых клетках и служит дополнительным критерием прогноза тяжести некроза.

В.А. Арбошкин, С.А. Лепехова, О.А. Гольдберг

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (Иркутск)

Целью данной работы явилась разработка способа коррекции пострезекционной гипергликемии у панкреатэктомированных животных, посредством трансплантации островковых клеток поджелудочной железы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эксперимент проводили на 16 кроликах разделенных на две группы. У животных первой группы ($n = 6$) выполняли панкреатэктомию по предложенной нами методике без предварительной ксенотран-

сплантации. Животным второй группы ($n = 10$) за 96 часов до панкреатэктомии выполняли однократное введение трансплантата в брюшную полость в количестве 1 мл. В качестве трансплантата были использованы островковые клетки поджелудочной железы новорожденных поросят, а именно их суточная культура в концентрации 2×10^6 в 1 мл питательной среды. Течение пострезекционной гипергликемии оценивали по уровню глюкозы в крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У животных контрольной группы уже через час после панкреатэктомии отмечали высокую гипергликемию 26,2 (22,7 – 30,0) моль/л, которая имела стойкий характер. Через сутки наблюдения уровень глюкозы крови продолжал оставаться высоким 23,7 (22,6 – 24,8) моль/л, несмотря на проводимую инсулинотерапию в дозе 0,4 ед/кг. Летальность животных контрольной группы составила 100 % уже в первые сутки послеоперационного периода. Животные опытной группы наблюдались в течение 14 суток, им проводили определение уровня глюкозы крови и последующую оценку морфологической картины. Определение уровня глюкозы в крови животных проводили в динамике сразу после операции и каждый час на протяжении первых суток. Анализ полученных результатов показал, что у всех животных опытной группы отмечалось плавное снижение и нормализация уровня глюкозы крови без введения инсулина от 18,5 (17,8 – 19) моль/л в первый час и до 6,4 (5,8 – 7,4) моль/л в течение 10 часов после панкреатэктомии. Уровень глюкозы крови находился в пределах 6,4 (5,8 – 7,4) ммоль/л на протяжении всего последующего периода наблюдения (7 – 14 суток), что свидетельствует о функционировании трансплантированных островковых клеток и купировании пострезекционной гипергликемии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, предлагаемый способ позволил добиться 100%-ной выживаемости экспериментальных животных после панкреатэктомии, в то время как летальность в группе контроля составила 100 %. Осуществление заявляемого способа позволило предупредить развитие пострезекционной гипергликемии после панкреатэктомии и обеспечить полную инсулинонезависимость животных на протяжении всего эксперимента.

Н.А. Астахова

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ КОМПРЕССИОННОГО ПЕРЕЛОМА ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКА

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (Хабаровск)

ВВЕДЕНИЕ

Компрессионные переломы позвоночника составляют от 2,2 до 5,2 % (Андрушко Н.С., Распопина А.В., 1977) от общего числа травм в детском возрасте и 9,2 % от числа больных с переломами костей. По наблюдениям Е.Н. Кондакова и И.А. Симоновой (2002), лишь в 55,6 % случаев диагноз, поставленный на догоспитальном этапе, совпадал частично с диагнозом, поставленным в стационаре, в 15,1 % – диагнозы совпадали полностью, в 13,5 % – диагноз не указывался, а в 15,8 % – травма не была диагностирована.

Следует отметить, что компрессионные переломы позвоночника у детей имеют недостаточно четкую симптоматику. Анамнестические данные не всегда помогают в диагностике, при этом общее состояние ребенка, как правило, удовлетворительное. В свою очередь запоздалое начало лечения резко ухудшает исходы травмы. Так, Horal и соавт. (1972) при изучении отдаленных результатов лечения компрессионных переломов тел позвонков у 20 % детей выявили наличие остеофитов в области перелома. По данным Н.С. Андрушко и соавт. (1977), у 20 % детей наблюдаются различные нарушения осанки, у 36 % – изменения формы позвоночника, у 12 % – деформации позвоночника (сколиозы, кифозы).

Цель исследования: изучить отдаленные последствия компрессионного перелома позвоночника при поздней диагностике травмы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

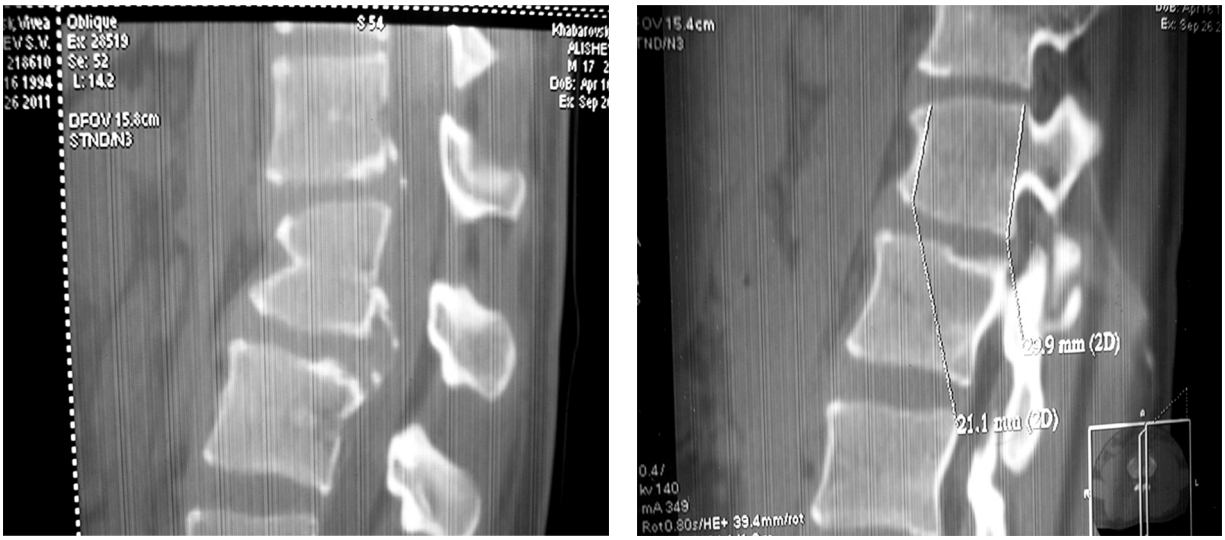
Проведен анализ истории болезни, результатов различных методов лучевой диагностики пациента с застарелым компрессионным переломом тела L_I.

Больной Сергей А., 15 лет, в сентябре 2009 г. был избит сверстниками. Родителями доставлен в травматологический пункт, где был выставлен диагноз: закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга. Ушиб мягких тканей спины, поясницы, множественные ссадины. Находился на лечении в нейрохирургическом отделении. В дальнейшем получал лечение у невролога амбулаторно по поводу последствий черепно-мозговой травмы.

К ортопеду обратился в октябре 2010 г. в связи с жалобами на периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проведена рентгенография и СКТ. Диагностирован застарелый компрессионный перелом тела L_I позвонка I степени, перелом поперечного отростка L_I, грыжи межпозвонковых дисков L_{I-II}, L_{II-III}. Подросток госпитализирован в ортопедическое отделение, где проведен курс консервативной терапии. В дальнейшем в течение года периодически проводились курсы консервативного лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При контрольном осмотре в ноябре 2011 г. на СКТ сохраняется клиновидность тела L_I позвонка, размеры грыж межпозвонковых дисков не увеличились (рис. 1). Неврологических расстройств нет.



а б

Рис. 1. СКТ больного Сергея А., 17 лет: **а**) клиновидная деформация тела L_I позвонка; **б**) грыжи межпозвонковых дисков L_{I-II}, L_{II-III}, сужение спинномозгового канала на уровне грыж, обызвествление задней продольной связки.

Таким образом, данный пример иллюстрирует сложность диагностики компрессионных переломом позвоночника у подростков и ухудшение исхода травмы позвоночника в связи с поздним началом лечения.

Н.А. Астахова

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет» (Хабаровск)

ВВЕДЕНИЕ

Количество повреждений позвоночника среди травм опорно-двигательного аппарата остается достаточно высоким и составляет, по мнению разных авторов, от 1,0 до 40 % (Фищенко Я.П., 1975; Янковский А.М., 2000; Епифанов В.А. и соавт, 2002; Костив Е.П., 2003; Игнатьев Е.Т., 2004; Фомичев Н.Г., Садовой М.А., 2004; Ульрих Э.В., 2005; Мельникова О.А., 2007, Валеев И.Е., 2010; Заворова М.С.и соавт., 2010; Щедренюк В.В. и соавт., 2010).

Ю.Т. Игнатьев (2003), анализируя данные литературы, отмечает рост детского травматизма на 9,6 %, при этом частота травм позвоночника в Российской Федерации составляет 28,3 на 10 000 детского населения, за рубежом — около 24,3 на 100 000 населения.

Из многочисленных методов консервативного лечения компрессионных неосложненных переломов тел позвонков наибольшее распространение получили следующие: метод одномоментной репозиции с последующим изготовлением гипсового корсета, метод постепенной репозиции с последующим изготовлением гипсового корсета и функциональный метод (Епифанов В.А., Епифанов А.В., 2008). Однако все эти методы мало учитывают специфику лечения пациентов детского возраста.

Цель исследования: изучить результаты консервативного лечения компрессионных переломов позвоночника у детей с использованием реклинирующих устройств собственной конструкции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе ортопедического отделения ГУЗ «Детская Краевая Клиническая Больница (ДККБ)» г. Хабаровска. В группу исследования вошли 40 детей с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков грудопоясничного отдела позвоночника, получавших консервативное лечение с использованием реклинирующих устройств собственной конструкции (удостоверения на рац. предложение № 2470, 2471, 2472, 2373 выданные ДВГМУ).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты лечения больных с неосложненными компрессионными переломами позвоночника оценивались по клиническим и рентгенологическим параметрам через 12 мес. после начала лечения (получения травмы).

При клиническом обследовании пациентов установлено, при осмотре дети и их родители жалоб не предъявляли.

Нарушение осанки имело место у 5 (12,5 %) больных, увеличение массы тела – у 2 (5 %), объем движений в пределах физиологической нормы сохранен в 100 % случаев.

С целью оценки динамики восстановления структуры и размеров поврежденного позвонка нами разработан и внедрен в практику способ определения средней поперечной площади позвонка (СППП) (удостоверения на рац. предложение № 2689, выданное ДВГМУ) и способ определения динамики восстановления тел позвонков у детей после компрессионных переломов (удостоверения на рац. предложение № 2691, выданное ДВГМУ).

На наш взгляд, данный способ с учетом использования относительных величин, позволяет производить оценку результатов при любой локализации повреждения позвоночника и у детей с разными антропометрическими показателями: при этом способ прост в использовании и может быть применен при оценке результатов разных методов лучевой диагностики (рентгенография, СКТ, КТ, МРТ).

У всех наблюдаемых пациентов отмечено полное восстановление высоты тел поврежденных позвонков во всех случаях.

Результаты консервативного лечения компрессионных переломов грудопоясничного отдела позвоночника оценивались как отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный: отличный результат отмечен в большинстве случаев – 35 (87,5 %), хороший – 5 (12,5 %), удовлетворительных результатов не было.

Таким образом, анализ отдаленных результатов консервативного лечения компрессионных переломов тел позвонков грудопоясничного отдела позвоночника у детей показал, что применение функциональных реклинирующих устройств позволяет улучшить результаты лечения данной группы пациентов.

С.А. Атаманов [1,2], А.И. Квашин [1,2], А.А. Помкин [1], А.В. Мельник [1], А.О. Быков [1], М.Г. Ширкин [1], Е.Я. Овчаренко [1]

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

[1] ГУЗ Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница (Иркутск)
[2] ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (Иркутск)

Цель работы: оценить эффективность и возможности рентгенохирургического лечения острого нарушения коронарного кровообращения в условиях многопрофильной клиники.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на постоянное совершенствование диагностических и лечебных мероприятий, острое нарушение коронарного кровообращения остается основной причиной инвалидизации и смертности населения как в индустриально развитых, так и в странах с развивающейся экономикой. Проведенные многоцентровые, контролируемые клинические исследования продемонстрировали ряд неоспоримых преимуществ эндоваскулярного лечения пациентов с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках Государственной программы по оказанию высокотехнологичной помощи пациентам с острым коронарным синдромом (ОКС), в отделении рентгенохирургических методов диагности-

ки и лечения Иркутской ОКБ, составной части регионального сосудистого цента, с начала 2009 по ноябрь 2011 г. 812 пациентам выполнена экстренная коронарография (КГ). Эндоваскулярное вмешательство проведено 643 мужчинам и 169 женщинам в возрасте от 27 до 86 лет. Абсолютное большинство — 793 (97,6 %) пациента — поступило с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST. В единичных — 15 (4,3 %) наблюдениях мы выполняли вмешательство при ОИМ с депрессией сегмента ST и с нестабильной стенокардией — 4 (0,4 %). 341 (42,0 %) пациент поступил на вмешательство до 6 часов от начала ангинозного приступа, 384 (47,3 %) — от 6 до 12 и 87 (10,7 %) — более 12 часов.

У 143 (17,6 %) больных отмечено множественное поражение коронарных артерий (КА). Данные больные консультированы кардиохирургом в ближайшие сроки после коронарографии. 31 (3,8 %) пациент имел гемодинамически незначимые изменения венечного русла, и дальнейшее лечение было медикаментозным.

Всем остальным 638 (78,5 %) поступившим больным выполнены лечебные рентгенохирургические вмешательства на коронарных сосудах. У 309 (48,4 %) пациентов этой группы на ангиограммах обнаружен окклюзивный тромбоз инфаркт-зависимой КА с дистальным кровотоком TIMI 0, у 264 (41,4 %) — неокклюзивный тромбоз (TIMI 1—2) и у 65 (10,2 %) — стеноз КА (TIMI 3). В остром периоде ИМ лечебное вмешательство выполнялось только на инфаркт-зависимом сосуде и заключалось в реканализации тромбированной артерии с последующим прямым стентированием или стентированием с предилатацией, в зависимости от ангиографической картины. При пролонгированном поражении использовали имплантацию двух стентов по методике «стент в стент». В общей сложности 638 пациентам имплантирован 681 стент. В подавляющем большинстве случаев имплантированы голометаллические стенты. Пяти пациентам с острой АВ-блокадой устанавливался ЭКС. Семи больным с клиникой кардиогенного шока параллельно выполнялась внутриаортальная баллонная контрпульсация. Тридцати трем (5,1 %) пациентам вводился ингибитор IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов «Монафрам».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Непосредственный ангиографический успех был достигнут у 630 (98,7 %) пациентов. У подавляющего большинства пациентов отмечена стабилизация клинического состояния и гемодинамики, снижение или полное исчезновение загрудинных болей. В 8 (1,2 %) наблюдениях после установки стента возник феномен no-reflow, что потребовало использования тромбэкстрактора или дополнительной ангиопластики. Ранний тромбоз стента возник у 12 (1,8 %) пациентов — повторная баллонная дилатация у 10 из них, это привело к восстановлению кровотока, в 2-х случаях отмечен летальный исход. Госпитальная летальность составила 4,91 %. Все погибшие пациенты поступали в рентгеноперационную с клиникой кардиогенного шока.

ВЫВОДЫ

Экстренное рентгенохирургическое вмешательство является высокоэффективным и относительно безопасным методом восстановления коронарного кровотока у пациентов с ОКС.

Создание региональных сосудистых центров на базе крупных госпиталей позволяет оптимизировать работу по ранней догоспитальной диагностике острого инфаркта миокарда, транспортировке и реваскуляризации в минимально короткие сроки с последующей интенсивной терапией и реабилитационными мероприятиями.

А.Д. Базыржапов, В.Г. Стенин

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АРИТМИЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РАНЕЕ ВЫПОЛНЕННОЙ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина» Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Новосибирск)

Внезапная смерть вследствие различных аритмий описана у 3—5 % больных, подвергшихся радикальной коррекции тетрады Фалло. К внезапной смерти могут приводить широкий спектр аритмий: полная атриовентрикулярная блокада и, так называемые, желудочковые (экстрасистолия и тахикардия) и наджелудочковые (предсердная экстрасистолия, фибрилляция предсердий, синдром слабости синусового узла) аритмии. Аритмии являются результатом повреждающего эффекта значительной трехстворчатой и легочной регургитации, дисфункции правого желудочка, реканализации дефекта межжелудочковой перегородки, стеноза выходного отдела правого желудочка и ветвей легочной

артерии, возникающие в отдаленные сроки после операции (Подзолков В.П., Кокшенев И.В., 2008; Данилов Т.Ю., 2011; Oechslin E. N., Harrison D. A., Harris L. et al., 1999). Аритмии сердца, возникающие вследствие названных причин, являются показаниями для поздних повторных операций после радикальной коррекции тетрады Фалло.

Цель: провести анализ повторных операций по поводу аритмий после ранее выполненной радикальной коррекции тетрады Фалло.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выполнен ретроспективный анализ историй болезней 10 пациентов с аритмиями, оперированных повторно после радикальной коррекции тетрады Фалло в НИИПК имени академика Е.Н. Мешалкина за период 1997 — 2007 гг.

Возраст пациентов, оперированных с аритмиями сердца составил от 1 до 49 лет, медиана 16,5 (14,0 : 25,0) лет.

Период времени от момента радикальной коррекции порока до повторной операции составил от 1 до 14 лет, медиана 11,0 (8,5 : 11,5) года.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выполнены 8 (80 %) имплантаций электрокардиостимуляторов и 2 (20 %) аблации каватрикуспидального перешейка после радикальной коррекции тетрады Фалло.

Показанием к имплантации электрокардиостимуляторов стали атриовентрикулярные блокады 2 — 3 степени и синдром слабости синусового узла.

Установлено, что причиной развившихся аритмий сердца в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов после радикальной коррекции тетрады Фалло стали такие осложнения как: значительная недостаточность легочного и трехстворчатого клапанов, а так же хирургические манипуляции в проекции проводящей системы сердца.

Двум пациентам (20 %) имплантирован электрокардиостимулятор 300 в режиме VVI, трем пациентам (30 %) — электрокардиостимулятор «Elect DR» в режиме DDD, одному пациенту (10 %) — электрокардиостимулятор «Medtronik Sigma» с биполярным стероид-обработанным эпикардиальным электродом «Capsure Epi» в режиме VVI, одному пациенту (10 %) — электрокардиостимулятор «Elect DR» в эндокардиальном варианте в режиме VDD, одному пациенту (10 %) — электрокардиостимулятор «Ergose» в режиме ДДДR.

Двум пациентам (20 %) с трепетанием предсердий выполнена радиочастотная абляция каватрикуспидального перешейка.

Послеоперационный период протекал во всех случаях без особенности. Все выписаны в удовлетворительном состоянии.

В последующем в клинике обследованы 8 пациентов (80 %) через 1 — 10 лет после повторных операций по поводу аритмий после ранее выполненной радикальной коррекции тетрады Фалло. Эффект операции удовлетворительный у 100 % (8 пациентов).

Всем пациентам выполнены повторные операции по поводу дисфункции электрокардиостимулятора из-за истощения заряда батареи (замена электрокардиостимуляторов).

ВЫВОДЫ

Имплантация электрокардиостимуляторов по поводу АВ-блокад в отдаленном послеоперационном периоде после радикальной коррекции тетрады Фалло является эффективным методом лечения.

Повторные операции после имплантации электростимуляторов являются неизбежными в связи с истощением заряда батарей.

А.Б. Батомункуев, Т.П. Анцупова, П.Б. Лубсандоржиева, Г.Г. Николаева

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЗЕЛЕНЫХ И ФЕРМЕНТИРОВАННЫХ (ЧЕРНЫХ) ЛИСТЬЕВ БАДАНА ТОЛСТОЛИСТНОГО

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)
Восточно-сибирский государственный университет технологии и управления (Улан-Удэ)

Бадан толстолистный *Bergenia crassifolia (L.) Fritsch*, семейство камнеломковые — *Saxifragaceae*. Многолетнее травянистое растение с толстым ползучим корневищем. Произрастает в горах на каменистых осыпях, а также в субальпийском и альпийском поясах. Основной ареал — Алтай, Саяны, Прибайкалье, Забайкалье, Республика Тыва (Государственная фармакопея СССР, 1987; Самылина И.А., Северцев В.А., 1999).

Готовое лекарственное сырье — корневища бадана толстолистного — (ФС 42-412-72) (Самылина И.А., Северцев В.А., 1999).

В Институте общей и экспериментальной биологии СО РАН разработано лекарственное средство, обладающее адаптогенной активностью: экстракт сухой «БАДАТОН» полученный экстракцией 60 % водным этанолом из черных (перезимовавших) листьев бадана (Лубсандоржиева П.Б. с соавт., 1997).

Целью нашей работы было сравнение основных биологически активных веществ зеленых и черных листьев бадана после проведения процесса ферментирования.

Собранные в июне зеленые листья бадана складывали слоем в 5 мм и сильно мяли до получения сока и в свернутом состоянии помещали в тень на 10—12 часов, предварительно сбрызнув водой для завяливания и ферментации. Затем полученную массу быстро сушили в сушилках при температуре 30—35 °С. Готовое сырье — черный лист, вкус сырья — слабо горький, вяжущий, запах слабый своеобразный. Влажность не более 12 %.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами исследования являлись образцы сырья: зеленые и черные ферментированные нами листья бадана. Зеленые листья были собраны в 2010 г на хребте Улан-Бургасы в Прибайкальском районе.

Для изучения химического состава использовали водные и спиртовые извлечения, полученные из зеленых и черных листьев бадана. Из данных литературы известно, что основными доминирующими веществами бадана, как листьев, так и корней, являются дубильные вещества, арбутин, флавоноиды. Определение этих веществ проведено как в водных, так и водно-спиртовых извлечениях. Водные извлечения готовили по общепринятой методике: 10 г сухого измельченного сырья, помещали в колбу вместимостью 100 мл, приливали 50 мл горячей воды и экстрагировали на кипящей водяной бане при температуре 80—90 °С в течение 1 часа при периодическом перемешивании. Извлечение сливали, сырье вновь заливали свежей порцией экстрагента в количестве, равном слитому и вновь экстрагировали. Извлечения объединяли, фильтровали (водное извлечение) (Государственная фармакопея СССР, 1987).

Спиртовые извлечения получали экстракцией на водяной бане 60% спиртовым раствором этанола, при соотношении сырья и экстрагента 1 : (13—15), при степени измельчения сырья до 1 мм и температурой экстракции 80—90 °С в течение 45 минут (спиртовое извлечение) (Лубсандоржиева П.Б. с соавт., 1997).

Изучение качественного состава биологически активных веществ проведено общепринятыми специфическими химическими реакциями на присутствие основных групп. Так, для определения дубильных веществ использовали общеосадочную реакцию с 1% раствором железоаммониевых квасцов и раствором 10% средней соли ацетата свинца (появляется черно-синее окрашивание) (Государственная фармакопея СССР, 1987). Таким образом, установлено, что дубильные вещества преимущественно гидролизуемого типа.

Идентификацию фенолкарбоновых кислот проводили хроматографическими методами. Водное извлечение наносили на хроматографическую бумагу (FN-14) и хроматографировали в системе 15% уксусной кислоте, в присутствии достоверных образцов идентифицированы галловая и хлорогеновая кислоты (зеленые и черные листья).

Для идентификации арбутина: 2,0 г сырья измельченного до размеров частиц 1 мм, помещали в колбу вместимостью 50 мл, заливали 20 мл 60% этанола, экстрагировали при слабом нагревании на водяной бане в течение 1 часа. Полученное извлечение фильтровали. 1 мл излечения наносили на колонку с 2,0 г окиси алюминия безводного, элюировали 20 мл 60% этанола. Элюат хроматографировали на пластинке силуфол. Хроматограмму обрабатывали 10% спиртовым раствором едкого натрия в реактиве Паули. Идентифицировали арбутин с Rf 0,68 как у зеленых, так и черных листьев (Лубсандоржиева П.Б., 2003).

Присутствие флавоноидов определяли специфическими цветными реакциями: цианидиновая проба (красно-оранжевое окрашивание), реакция с 5% спиртовым раствором алюминия хлорида (усиливается желтое окрашивание извлечения). С целью разделения и идентификации флавоноидов и фенолкарбоновых кислот использован метод двумерной бумажной хроматографии на бумаге марки «Filtrak» в системах растворителей: I — 15% уксусная кислота, II — бутанол—уксусная кислота—вода (4:1:2). Хроматограммы просматривали при дневном свете, УФ-свете до и после обработки 5% спиртовым раствором алюминия хлорида. На хроматограммах с метчиками идентифицированы рутины, которые в УФ-свете обладают собственной флуоресценцией желтого и желто-зеленого цвета. После обработки 5% спиртовым раствором алюминия хлорида флуоресценция усилилась, и пятна приобретали желтое, желто-зеленое свечение.

Количественное определение дубильных веществ проведено методом перманганатометрии, окисляемых перманганатом калия полифенолов составляет в зеленых листьях 25,8 %, а в черных — 15,9 %.

Методику для количественного определения содержания суммы флавоноидов использовали разработанную ранее авторами (Лубсандоржиева П.Б. с соавт., 1997) метод спектрофотометрии по реакции комплексообразования с алюминия хлоридом. Содержание флавоноидов в зеленых листья составило 1,5 % а черных — 2,23 ± 0,02 % (Лубсандоржиева П.Б., 2003).

Проведено количественное определение содержания арбутина в черных ферментированных листьях. Содержание арбутина в зеленых листьях составило 18,3 %, а черных листьях — 7,7 %.

ВЫВОДЫ

Проведено сравнительное изучение зеленых и черных (ферментированных) листьев бадана толстолистного. Установлено, что по содержанию полифенолов черные листья не уступают в количественном соотношении зеленым листьям.

Н.В. Белинов, Н.И. Богомолов

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗ ЧРЕЗВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Количество переломов проксимального отдела бедренной кости, по данным центра демографии и экологии человека ВОЗ, непрерывно растет, особенно в развитых странах с увеличивающейся продолжительностью жизни (Лазарев А.Ф. и соавт., 2007; Cummings S.R. et al., 1995). Так же по данным экспертов ВОЗ количество переломов проксимального отдела бедренной кости к 2050 г. увеличится в два раза. В связи с актуальностью проблемы возникает необходимость разработки малоинвазивного эффективного способа лечения переломов проксимального отдела бедренной кости.

Цель исследования: разработать технические устройства, позволяющие точно сопоставлять костные отломки при переломах проксимального отдела бедренной кости с последующей их жесткой и нетравматичной фиксацией.

Нами был создан ортопедический стол (патент № 91853), имеющий систему скелетного вытяжения. Также разработано устройство для остеосинтеза чрезвертельных переломов (патент № 2010124485). На основании разработанных технических устройств проводился остеосинтез чрезвертельных переломов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В отделении травматологии ГКБ № 1 оперативные вмешательства 27 пациентам выполнены по нашей методике. Мужчин было 13 (43,4 %), женщин — 14 (56,5 %). Средний возраст на момент операции составлял 57,6 года. По международной классификации AO/ASIF переломы А1.1 были у 12 пациентов, А1.2 — у 7 пациентов, А1.3 — у 4-х, А2.1 — у 4-х больных.

В первые сутки с момента перелома поступило 22 пациента. На вторые сутки — 4 пациента, один пациент доставлен на 4 сутки с момента перелома. Оперативные вмешательства выполнены через трое суток после перелома 17 пациентам, через 4 суток — 9 пациентам, одному пациенту — через 6 суток с момента получения перелома.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

На третьи сутки после купирования болевого синдрома пациентам разрешали садиться, на 4 сутки вставать и ходить на костылях без нагрузки на оперированную конечность. На 5—6 сутки выполнялась контрольная рентгенограмма. На 8—9 сутки пациенты выписывались на амбулаторное лечение с рекомендациями. Продолжительность фиксации составляла в среднем 4 месяца.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечения оценивали на основании данных клинического и рентгенологического обследования. У 24 пациентов результат расценен как хороший: на контрольных рентгенограммах — консолидация костных отломков, движения в тазобедренном суставе восстановлены до исходного объема. Пациенты ходят без дополнительных средств опоры, боли отсутствуют. У 3-х пациентов результат признан удовлетворительным: пациенты жаловались на умеренные боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся после физической нагрузки, на рентгенограммах перелом консолидировался. Объем движений в тазобедренном суставе уменьшился на 20 % от исходного. Следует отметить, что данные пациенты ведут малоактивный образ жизни из-за преклонного возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эффективность предложенного способа лечения определяется точной и малотравматичной репозицией костных отломков на ортопедическом столе. С последующей компрессией сопоставленных отломков и жесткой фиксацией г-образными спицами с фиксирующими пластинами. Функциональная нагрузка в раннем послеоперационном периоде способствует улучшению трофики и, в конечном итоге, способствует консолидации костных отломков по первичному типу.

Р.А. Белоус, А.А. Малаев, О.Н. Смирнова, Д.Ф. Болгов, Е.А. Степаненко, Н.Е. Смирнова

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АОДКБ

Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Синдром портальной гипертензии (СПГ) — симптомокомплекс, характеризующийся повышением давления в бассейне воротной вены, расширением естественных портокавальных анастомозов, асцитом, спленомегалией. Различают пресинусоидальную, синусоидальную и надсинусоидальную формы портальной гипертензии.

Цель: определить оптимальные сроки и методы хирургические методы лечения СПГ у детей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 1995 по 2011 гг. в хирургическом отделении АОДКБ пролечено 19 пациентов с синдромом портальной гипертензии: мальчиков — 11, девочек — 8, возраст — от 1,8 до 17 лет. Причинами развития синдрома портальной гипертензии у 15 детей явился врожденный фиброз печени, у 3-х — цирроз печени неустановленного происхождения, у 1 — врожденный стеноз портальной вены, со степенью эзофагеальной флебэктазии у всех больных III—IV степени. 5 пациентов поступили на фоне продолжающегося кровотечения из вен пищевода. Всем пациентам проводился стандартный комплекс обследования, включающий клинико-лабораторный, УЗИ печени, селезенки с допплерографией сосудов портального бассейна, гибкую фиброэзофагоскопию, томографическую портографию с болюсным введением контрастного препарата, транскутантную или лапароскопическую биопсию печени. Паллиативные операции выполнены у 6 пациентов и были связаны с отсутствием опыта, несовершенством шовного материала на начальных этапах лечения данных больных в 1995—1997 гг. Субмукозная перевязка вен кардиального отдела желудка выполнена двум детям, операция Таннера — двум больным, операция Пациора у 1 и спленэктомия — у 1 ребенка. Портокавальное шунтирование выполнено у 13 пациентов. Из них: спленэктомия, мезентерикосупраренальный анастомоз — 1, спленэктомия, центральный спленоренальный анастомоз — 2, резекция селезенки, селективный спленоренальный анастомоз — 3, мезентерикопортальный анастомоз аутовеной, Н-тип — 5, Х-спленоренальный анастомоз бок в бок — 2. Из них, на фоне продолжающегося кровотечения, после стабилизации гемодинамических расстройств, радикально оперированы двое пациентов в объеме Х-спленоренального анастомозирования бок в бок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Рецидив эзофагеальной флебэктазии, связанный со стенозом анастомоза, возник у 2-х пациентов в период освоения методик оперативного лечения, умерло двое пациентов — одна на фоне продолжающегося кровотечения, ДВС-синдрома, полиорганной недостаточности после операции Таннера, и 16-летний пациент с циррозом печени, декомпенсированной стадии, после мезентерикопортального анастомоза аутовеной. Наилучшие результаты достигнуты у пациентов младшей возрастной группы в возрасте от 1 до 7 лет, у которых выполнены Х-спленоренальное анастомозирование «бок в бок» и мезентерикокавальное анастомозирование аутовеной, Н-тип, достигнут регресс эзофагеальной флебэктазии до I степени, нормализация клинико-лабораторных показателей и качества жизни. У пациентов с другими видами портокавального шунтирования, спленэктомией достигнут регресс эзофагеальной флебэктазии до I—II степени. У всех оперированных детей с сохраненной селезенкой, в сроки от 6 до 12 месяцев произошло ее сокращение до возрастных норм или сохранялась незначительная спленомегалия, без клинических проявлений.

ВЫВОДЫ

Оптимальным возрастом для проведения шунтирующих операций является возраст от 1 года до 10 лет; следует отдавать предпочтение Х-спленоренальному анастомозу «бок в бок» или Н-мезентерикокавальному анастомозу аутовеной, с диаметром соустья не менее 5—6 мм с сохранением селезенки; необходимо выполнение портокавального анастомозирования до развития декомпенсации заболевания; возможно проведение шунтирующих операций на фоне продолжающегося кровотечения из вен пищевода, после стабилизации гемодинамических расстройств.

Е.М. Благитко

ПРИЧИНЫ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
Новосибирская областная клиническая больница (Новосибирск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить непосредственные причины возникновения поддиафрагмальных абсцессов. Несмотря на то, что поддиафрагмальные абсцессы среди хирургической патологии встречаются довольно редко, однако они, как правило, выявляются поздно, что приводит к выраженной интоксикации и служит причиной высокой летальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа базируется на анализе результатов лечения 338 больных, лечившихся в клинике на базе двух лечебных учреждений. Из них 123 женщины и 215 мужчин в возрасте от 15 до 75 лет. В основном поддиафрагмальные абсцессы встречались после оперативных вмешательств на органах брюшной полости: операции на желудке и двенадцатиперстной кишке (104), аппендэктомии 52, травме брюшной полости (42), резекции поджелудочной железы (44), традиционной холецистэктомии (29), резекции кишки (20), спленэктомии (10), гинекологических операций (8), резекции печени (4), вскрытия флегмоны передней брюшной стенки (3), после ятрогенного повреждения ободочной кишки (1), и после гнойного оментита (1).

Поддиафрагмальные абсцессы образовывались и вне связи с оперативным вмешательством: при гриппе (2), обострении хронического холецистита (3), эмпиеме плевры (2).

У 13 больных выявить причину поддиафрагмального процесса не удалось, что соответствует данным других авторов. По материалам ряда авторов у 10 % больных с поддиафрагмальными абсцессами не было связи с оперативными вмешательствами.

Внутрибрюшинная локализация абсцессов была у 336 больных, а внебрюшинная — у одного больного после закрытой травмы живота с разрывом тощей кишки и у одного больного при ятрогенном повреждении нисходящей ободочной кишки.

Локализация абсцессов была разной: левосторонние (205), правосторонние 115, двусторонние (18).

При жизни из-за тяжести основного заболевания, абсцессы не выявлены у 8 (2,3 %) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Консервативное лечение проведено 19 больным, которое заключалось в интенсивной инфузионной и антибактериальной терапии с ежедневными пунктациями абсцессов, их промыванием антисептическими растворами и ферментами, из них двум больным потребовалась релапаротомия в связи с возникшим внутрибрюшным кровотечением. Двум больным проводилась санация через раневой канал, а 13 больным санация абсцесса после рассечения свищевого хода. Остальные больные оперированы.

Послеоперационная летальность из 21,9 % в 1987 г. снизилась до 0 % в 2011 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что из-за тяжести основного заболевания клинические признаки поддиафрагмального абсцесса слабо выражены, сглажены, что требует более частого использования компьютерной и магнитно-резонансной диагностики, так как рентгеноскопия не всегда позволяет вовремя установить диагноз.

Е.М. Благитко, Г.Н. Толстых

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
Новосибирская областная клиническая больница (Новосибирск)

Цель исследования: выявить непосредственные причины летальных исходов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы и оценены истории болезни 157 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением. Из них 117 мужчин и 40 женщин в

возрасте от 17 до 89 лет. Локализация язвы в желудке была у 54 (34,3 %), а в двенадцатиперстной кишке у 103 (65,6 %) пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент поступления при эзофагогастродуоденоскопии у 115 пациентов выявлены данные свершившегося кровотечения (Forest IIa), не потребовавшего эндоскопического гемостаза и оперативного вмешательства. Им проводилась консервативная терапия, объем которой зависел от степени кровопотери.

Эндоскопический гемостаз выполнен 42 (26,7 %) пациентам. Из них у 15 (35,7 %) пациентов был рецидив кровотечения, при попытке остановки кровотечения эндоскопический гемостаз был безуспешным и они оперированы.

Объем оперативных вмешательств был разным: стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу (5), резекция желудка по Бильрот – I (5), резекция желудка с сохранением пиллорического жома (2), прошивание сосуда в язве (2), иссечение кровоточащей язвы (1).

В послеоперационном периоде у одного больного после резекции желудка по Бильрот – I и второго после стволовой ваготомии с дренирующей операцией по Гейнеке – Микуличу развилась двусторонняя полисегментарная пневмония с полиорганной недостаточностью, что явилось причиной смерти. Причиной летальности третьего больного была декомпенсация тяжелой сопутствующей патологии (острая сердечная недостаточность).

Послеоперационная летальность составила 3 (20,1 %), а общая летальность 3 (1,9 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эндоскопический гемостаз, как быстрый и доступный метод, является приоритетным методом остановки кровотечения язвенной этиологии, однако, он не всегда эффективен.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, Д.В. Сафронов

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИТОНИТА

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Цель исследования: повышение эффективности лечения тяжёлых гнойных висцеральных процессов и ран с помощью охраноспособных сорбционных технологий на основе синтетических и природных сорбентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для оптимизации работы с больными, перенесшими перитонит, в 2000 г. нами предложена классификация последствий перитонита (ПП), нозологические формы, включенные в нее, адаптированы к МКБ-10. Выделено 4 группы синдромов последствий перитонита, в скобках указан шифр.

I. Функциональные последствия перитонита.
   - 1.1. Неинфекционные гастроэнтериты и колиты (К 52).
   - 1.2. Функциональные кишечные нарушения (К 59).
   - 1.3. Синдром слепой петли (К 90.2).
   - 1.4. Дисфункция после колостомии и энтеростомии (К 91.4).

II. Механические синдромы.
   - 2.1. Непроходимость 12-перстной кишки – сжатие, стеноз (К 31.5).
   - 2.2. Кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (К 56.5).
   - 2.3. Женское бесплодие (N 97.8).

III. Органические синдромы.
   - 3.1. Эрозии (острые язвы) желудка (К 25), 12-перстной кишки (К 26).
   - 3.2. Грыжа передней брюшной стенки инцизионная (К 43).
   - 3.3. Брюшинные спайки (К 66).
   - 3.4. Рубцовые состояния, фиброз кожи брюшной стенки (L 90.5).

IV. Острая и хроническая хирургическая инфекция.
   - 4.1. Свищ желудка и 12-перстной кишки (К 31.6).
   - 4.2. Кишечный свищ (К 63.2).
     - 4.2.1. Сформированный.
     - 4.2.2. Несформированный.
   - 4.3. Абсцесс брюшной полости (К 65.0).

4.4. Хронический продуктивный (фибропластический) перитонит (К 65.8).
4.5. Абсцесс печени (К 75.0).
4.6. Флегмона стенки живота (L 03.3).
4.7. Лигатурные свищи послеоперационных рубцов (L 08.8).

Классификация имеет рабочий характер, она позволяет проводить комплекс реабилитационных мероприятий, как в ранние сроки заболевания, так и в отдаленном периоде. Больные, перенесшие перитонит, взяты на диспансерный учет. При проведении реабилитационных мероприятий применялось два направления. Первое — профилактическое, когда при лечении разлитого гнойного перитонита уже изначально использовались охраноспособные технологии, предупреждающие развитие осложнений и неблагоприятных последствий или снижающие их тяжесть. Так, в лечении перитонита обязательным мероприятием считаем дренирование кишки. Для этих целей разработан «Энтеральный зонд» (патент № 2121376) и пять его модификаций, позволяющие не только дренировать кишку, но и выполнять комплекс по профилактике и коррекции энтеральной недостаточности, в основе которого лежит «Способ энтеросорбции» (патент РФ № 2122868) с использованием жидких и плотных сорбентов. При выраженных гнойно-некротических, фибринозных напластованиях на органах, в полостях абсцессов у 52 больных использована сорбционно-аппликационная технология по патентам № 2123361 и № 2294702. Аналогичная технология использована при лечении панкреонекроза по патенту № 2188045, примененная у 34 пациентов. Энтеральный зонд, введенный анте- или ретроградно, надежно шинирует кишку в функционально выгодном положении, что предупреждает в будущем развитие спаечной кишечной непроходимости.

Второе направление — собственно реабилитационное, когда при развитии того или иного последствия перитонита используются новые технологии лечения и устройства для их реализации. В лечении кишечных свищей используем обтурационные технологии. Для этого разработано «Устройство для обтурации наружного свища желудочно-кишечного тракта» (патент № 2143285), использованное у 64 больных со сформированными свищами; «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент № 2224554), «Способ обтурации наружных трубчатых свищей пищеварительного тракта и остаточных полостей абдоминальной области» (патент № 2262942), применяемые при лечении трубчатых и губовидных несформированных свищей. Для лечения сформированных свищей разработан «Способ оперативного лечения кишечных свищей» (патент № 2228149), успешно примененный у 163 человек. Для лечения спаечной болезни — неизбежного неблагоприятного последствия перитонита, у 26 пациентов использован «Способ лечения спаечной болезни» (патент № 2177741). Для лечения ран разработан и применен более чем у 480 пациентов «Способ лечения гнойных ран» (патент № 2195291). В последнее время способ усовершенствован за счет применения обогащенного природного сорбента по патенту № 2264865 («Способ обогащения цеолитсодержащих пород»). Обогащенный цеолит входит и в состав разработанной нами БАД «Цесейдин» (патент № 2307522), на которую утверждены технические условия и получено разрешение Фармкомитета на использование в медицине.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение на практике двух направлений по предупреждению развития неблагоприятных последствий перитонита и по их коррекции с помощью более совершенных технологий лечения и устройств для их реализации позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов у большинства больных.

Н.И. Богомолов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)

Цель исследования: оптимизация тактики, диагностики и лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Забайкальском крае проживает 1 112 000 человек. За последние 16 лет количество больных с желудочно-кишечными кровотечениями неуклонно росло. Доля язвенных кровотечений на 1987 г. составляла 53,2 ± 6,3 %, в 2009 — 42,85 ± 9,7 %. Если в 1995 г. количество язвенных кровотечений было 71, с неуклонным ростом до 470 случаев в 2008 г. (257,2 ± 36,2). Диагностика и радикальное лечение заболеваний, осложнившихся желудочно-кишечным кровотечением — стратегическая задача хирургической службы. Послеоперационная летальность при кровотечениях желудочно-кишечного тракта колебалась на протяжении последнего десятилетия от 5,4 % до 20,9 % (14,4 ± 2,8 %). Внедрение современных эндоскопических и хирургических технологий позволило существенно снизить этот показатель. Все больные

с желудочно-кишечным кровотечением госпитализируются в хирургические стационары, где выполняется эндоскопическое исследование. При продолжающемся или состоявшемся кровотечении источник подвергается аргон-плазменной обработке и орошается капрофером. Аргон-плазменная коагуляция — эффективная эндоскопическая процедура, позволившая остановить кровотечение из большинства источников в 94—98 % из 157 случаев. Воздействие капрофером у 132 человек в чистом виде и в сочетании с аргон-плазменной коагуляцией или моноактивной электрокоагуляцией позволяло остановить кровотечение практически в 100 % случаев. С 1980 г. при хирургическом лечении активно применяем органосохраняющие (ваготомии) процедуры, по материалам 2-х клиник располагаем опытом более 2600 таких операций, включая 44 в эндовидеохирургическом варианте. Послеоперационная летальность при таких операциях в 2,2 раза меньше, чем при классической резекции желудка. Благодаря внедрению эффективных эндоскопических технологий гемостаза за последнее десятилетие количество операций за год уменьшилось с 83 до 42. Приказом министра в крае ведется мониторинг больных с желудочно-кишечными кровотечениями, проводится регулярная подготовка и переподготовка хирургов.

ВЫВОДЫ

Улучшение результатов лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями можно достичь: путем оздоровления нации за счет снижения потребления алкоголя; широкого внедрения передовых эндоскопических методик гемостаза; всеобщей диспансеризации и своевременной медикаментозной терапии больных язвенной болезнью; активном и раннем применении органосохраняющих и органощадящих методик хирургического лечения язвенных кровотечений, в том числе и в эндовидеохирургическом варианте их исполнения.

Н.И. Богомолов, Н.Н. Томских, И.В. Вотьев,

ЩАДЯЩАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1 (Чита)

Целью работы явилась разработка малоинвазивных технологий лечения холедохолитиаза (ХЛ), протекающего с механической желтухой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Традиционные хирургические пособия при ЖКБ с механической желтухой сопровождаются тяжелыми осложнениями и не всегда завершаются успешно. Малоинвазивные технологии лечения данной патологии — «золотой стандарт» современной билиарной хирургии.

1) Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) по усовершенствованной технологии, гарантирующей окончательную остановку кровотечения из разреза, выполнена у 64 больных. Экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, либо они отходили самостоятельно. ЭПСТ, как правило, предшествовала холецистэктомии, что позволяло выполнить удаление желчного пузыря эндовидеохирургическим способом или через мини-доступ.

2) Холедохоскопия интраоперационная, реже — чреспапиллярная осуществлена у 532 больных, экстракция камней осуществлялась корзиной Дормиа, катетером Фогарти, щипцами и вымыванием из протоков.

3) Экстракция «забытых» камней через или совместно с дренажем корзинами Дормиа из металла с памятью формы модели «Захват» под рентгенологическим контролем осуществлена у 19 пациентов. Для этой процедуры важно, чтобы дренаж в холедохе был установлен по процедуре Керте.

4) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) выполнена у 374 пациентов, что позволило завершить дифференциальный диагноз при механической желтухе и принять окончательное решение о варианте хирургического пособия.

5) Лапароскопия и лапароскопическая холецистостомия выполнена у 32 больных, что позволило купировать желчную гипертензию.

6) Литолиз «забытых» холестериновых камней традиционными препаратами или гипохлоритом натрия по собственному рацпредложению применен у 29 человек с полным или частичным успехом.

7) Назобилиарное и (или) традиционное наружное дренирование протоковых структур для лечения гнойного холангита по собственной технологии (патент РФ № 2277916) успешно применено у 32 пациентов.

8) Чрескожная транспеченочная холангиостомия в исполнении рентгенхирургов использована в 126 случаях, причем у 6 пациентов дренаж через папиллу проведен в двенадцатиперстную кишку, что облегчало ЭПСТ.

Количество осложнений и летальность в основной группе, где на различных этапах лечения применялись малоинвазивные технологии, были кратно ниже ($p < 0,05$), чем в группе клинического сравнения с применением традиционных открытых хирургических пособий. У 6 пациентов после ЭПСТ камни отошли не только из протоков, но и из желчного пузыря и от холецистэктомии решено было отказаться. Малоинвазивные пособия позволили справиться с непростой хирургической ситуацией у пациентов с отягощенным анамнезом, полипатией, которые не смогли бы выдержать традиционные хирургические вмешательства.

Н.И. Богомолов, И.В. Вотьев, Н.Н. Томских

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ВАРИАНТ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница № 1 (Чита)

Цель исследования: модифицировать технологию эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) для минимизации неблагоприятных эффектов и исходов операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Анализирован материал трех клиник города за 35 лет. Первую открытую трансдуоденальную папиллосфинктеротомию выполнили в 1977 г. в ДКБ, а первую эндоскопическую — в 1978 г. ЭПСТ — операция сложная и опасная, с непредсказуемым исходом. Ее исполнение зависит от опыта хирурга-эндоскописта, наличия спектра расходных материалов, материально-технического обеспечения, знания многообразия вариантов взаимоотношений протоковых структур в зоне большого дуоденального сосочка (БДС). Мы располагаем опытом 34 открытых трансдуоденальных папиллосфинктеротомий, 132 — ЭПСТ, личных анатомических изысканий в этой области и данными современной литературы. Известно три основных варианта формы БДС: конусовидная, столбиковая (в виде «пенька») и в форме площадки, помимо многочисленных промежуточных (Неттер Ф., 2007; и др.) В связи с этим и протяженность сфинктера Одди различна (Котовский А.Е. и др., 2010; Назаренко П.М. и др., 2010). Зона БДС, помимо сфинктера Одди, представлена сфинктерами дистальных отделов холедоха и главного панкреатического протока (Неттер Ф., 2007; и др.). То есть, сфинктеров, по меньшей мере, три. Многолико и взаимоотношение холедоха и главного панкреатического протока. Ф. Нетер (2007) выделяет три варианта слияний устьев протоков, а А.А. Шалимов и др. (1979) — даже тринадцать. БДС может быть на границе дивертикула 12-перстной кишки, в его полости, или скрыт за складками после многочисленных операций. Известно и раздельное впадение в кишку холедоха и панкреатического протоков. У каждого третьего имеется дополнительный (санториниев) панкреатический проток, открывающийся малым дуоденальным сосочком, выше БДС. Протяженность продольной складки над БДС, говорящей о протяженности интрадуоденальной части дистального отдела холедоха, чрезвычайно вариабельна. Наконец, используют длину разреза от 5—6 мм до 30—35 мм, учитывая индивидуальные особенности. Для ЭПСТ необходимы: набор инструментов и катетеров, аргон-плазменный коагулятор, «Капрофер», опытный ассистент. Нами усовершенствован способ ЭПСТ и заявлен новой технологией (положительное решение формальной экспертизы по заявке № 2011123057 с приоритетом от 9 июня 2011 г.). В основе модификации лежит учет индивидуальных анатомических особенностей зоны БДС, длительность и интенсивность желтухи, характер заболевания, рентгенометрические данные, использование превентивных мер для предупреждения осложнений. В основной группе из 64 больных жизнеопасных осложнений не имели, в группе клинического сравнения (68 пациентов) наблюдали 7 осложнений с 1 летальным исходом. Жизнь показала целесообразность наших усовершенствований и нововведений в процедуру ЭПСТ, совершенствование технологии которой продолжается.

А.И. Брегель, В.В. Евтушенко, А.М. Хантаков, Н.А. Мутин, Е.Г. Дертышников

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

МАУЗ Клиническая больница № 1 (Иркутск)
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Цель исследования: установить эффективность эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения из гастродуоденальных язв при проведении аргоноплазменной коагуляции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов эндоскопического гемостаза и профилактики кровотечений из гастродуоденальных язв методом аргоноплазменной коагуляции у 245 больных. У 119 (48,6 %) больных источником кровотечения были хронические и у 126 (51,4 %) — острые гастродуоденальные язвы. Мужчин было 165 (67,4 %), женщин — 80 (32,6 %). До 30 лет было 26 (10,6 %) больных, в возрасте 30—39 лет — 26 (10,6 %) больных, 40—49 лет — 47 (19,2 %), 50—59 лет — 52 (19,3 %), 60—69 лет — 39 (15,9 %), 70—79 лет — 41 (16,7 %) и старше 80 лет было 14 (5,7 %) больных. Подавляющему большинству — 177 (72,2 %) больных неотложное эндоскопическое исследование было проведено в первые три часа после их поступления в больницу. Большинство больных (217 или 88,6 %) были направлены на эндоскопическое исследование с синдромальным диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения, 16 (6,5 %) — с язвенным кровотечением и 12 (4,9 %) больных — с другим диагнозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Продолжающееся кровотечение было у 83 (33,9 %) больных, в том числе у 7 больных оно было расценено, как F1a и у 76 — как F1b. У 162 (68,1 %) больных кровотечение было остановившимся. У всех 83 больных с продолжающимся кровотечением удалось достичь первичного гемостаза аргоноплазменной коагуляцией источника кровотечения. У 162 больных АПК проведена для снижения риска возникновения рецидива кровотечения.

Рецидив кровотечения возник у 29 (11,8 %) больных, в том числе у 11 (13,3 %) из 83 больных после остановки кровотечения и у 18 (11,1 %) после профилактического применения аргоноплазменной коагуляции. У 20 больных с рецидивом кровотечения во время эндоскопии удалось остановить кровотечение, однако у 10 из них оно вновь повторилось.

Операции в экстренном и срочном порядке выполнены у 39 (15,9 %) больных. У 12 из них показанием к хирургическому вмешательству послужил рецидив кровотечения и у 27 — высокая вероятность его возникновения.

Летальный исход констатирован у 17 (7,6 %) больных, в том числе у 5 (4,2 %) из 119 больных с кровотечением из хронических и у 12 (9,5 %) из 126 больных с кровотечением из острых гастродуоденальных язв. Причем ни у одного из 12 больных с кровотечением из острых язв последнее не явилось причиной летального исхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аргоноплазменная коагуляция является эффективным методом гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении, позволяющим в большинстве случаев добиться первичного гемостаза. Однако рецидив кровотечения после аргоноплазменной коагуляции отмечен в 11,8 % случаев и может возникнуть как после остановки геморрагии, так и при профилактике рецидива кровотечения. Аргоноплазменная коагуляция требует дальнейшего изучения и совершенствования техники проведения манипуляции.

В.П. Будашеев, Б.Г. Гармаев, Ч.В. Содномов, В.П. Саганов, Б.С. Хабинов

ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

Проблема перитонита остается актуальной, несмотря на все достижения научно-технического прогресса. Вряд ли в хирургии можно выделить проблему более древнюю и более актуальную, чем проблема перитонита. Научно-технический прогресс, достижения в области хирургии, к сожалению, еще не разрешили ее, и мы продолжаем терять больных. Разлитой гнойный перитонит является одним из наиболее грозных осложнений острых воспалительных заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. Летальность при перитоните и по сей день остается самой высокой среди всех хирургических заболеваний. По данным различных авторов, она составляет от 18,3 до 62,8 %. Самая высокая летальность наблюдается при послеоперационном перитоните — от 45 до 92,3 %. Поиск методов улучшения результатов лечения больных с РГП побуждает клиницистов к изучению факторов риска, которые в конечном результате могут повлиять на исход заболевания. Многолетний клинический опыт отделения гнойной хирургии РКБ им. Н.А. Семашко, а также литературные данные позволяют придти к заключению, что программированные санации при абдоми-

нальном сепсисе, в условиях тяжелой полиорганной недостаточности, с поражением трех и более систем и органов, утрачивают свои преимущества, целиком сохраняя существенные недостатки. Показания к программируемым санационным релапаротомиям должны основываться на понимании положительных и отрицательных сторон этого метода и объективной оценке тяжести состояния больного. В связи с этим проведено комплексное обследование больных для выявления факторов риска гнойно-септических инфекций.

Цель работы – изучение структуры и частоты послеоперационных осложнений параллельно с исследованием целого ряда клинических и социальных показателей, которые могут быть использованы в качестве факторов риска и их развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

К факторам риска гнойно-септических инфекций при разлитом гнойном перитоните относят: возраст (пожилой, старческий); избыточный подкожно-жировой слой; эндокринные нарушения; значительная продолжительность оперативного вмешательства; техническое усовершенствование хирургического вмешательства, исключающего попадания условно-патогенных микроорганизмов в рану; предотвращение циркуляции условно-патогенной микрофлоры в стационаре; организационные дефекты в развитии гнойно-септической инфекции: время от начала заболевания до госпитализации; время от момента госпитализации до операции; очередность проведения операций и перевязок; диагностические дефекты: сроки установления диагноза; точность диагноза; неполная оценка гомеостаза; тактические дефекты: характер обезболивания; выбор оперативного доступа; характер оперативного вмешательства (оценка жизнеспособности кишки, выбор способа пластики при грыжах, тактика окончания операции); оценка морфологических изменений тканей; сопутствующая патология. В основу исследования факторов риска гнойно-септических инфекций положен клинический анализ (на основании историй болезни) диагностики и лечения 117 больных. Из них 89 человек (I группа) имеют два, и более факторов риска, и 28 человек (II группа) их не имеют. При детальном изучении соответствующих показателей этих групп, выявлена значимость указанных факторов на исходы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведен анализ исходов лечения гнойного перитонита с учетом времени от начала заболевания и до поступления больных в стационар. Так, среди больных из I группы осложнения имели 20,7 ± 5,3 %, а во II группе – 4,5 ± 1,5 % ($p < 0,01$). Таким образом, по результатам исследования среди всех факторов риска, указанных выше, фактору времени придается первостепенное, и решающее, значение.

Кроме фактора времени весьма существенное значение на исход заболевания также оказывает и объем оперативного вмешательства – минимальный его характер обеспечивает наилучшие исходы (78,9 ± 2,3 %). В то время как увеличение объема оперативного вмешательства с вынужденной резекцией кишечника или сальника повышает процент нагноений в 3 раза – 16,1 ± 2,3 % ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

1. С целью достижения благоприятных результатов лечения распространенного гнойного перитонита, необходимо учитывать упомянутые выше факторы риска, которые в конечном случае помогут прогнозировать исход заболевания.

2. В случаях выявления у больных двух и более факторов риска с целью улучшения исходов лечения больных с гнойно-септическими инфекциями при разлитом гнойном перитоните следует усматривать, прежде всего, в расширении показаний к выполнению плановых вмешательств и, по возможности, в уменьшении объема травматичности оперативного пособия.

В.П. Будашеев, Е.Н. Цыбиков, В.П. Саганов

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ЛАВАЖ – КАК МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Бурятский филиал ФГБУ «НЦРВХ» СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время достаточно трудным и неоднозначным остается вопрос выбора оптимальной диагностической и хирургической тактики лечения распространенного гнойного перитонита. Основ-

ным принципом радикального оперативного лечения разлитого гнойного перитонита является полная, адекватная и ранняя ликвидация или отграничение всех основных источников (очагов) эндогенной интоксикации как микробного, так и дисметаболического характера. На этом этапе оперативного лечения выполнение перитонеального лаважа и санации брюшной полости обеспечивает достаточный деконтаминационный и детоксикационный эффект. В этой связи в последние годы все большее внимание уделяют активным методам хирургического лечения абдоминального сепсиса. Лечение с помощью перитонеального лаважа антисептиками достигается обоснованным выбором одного или нескольких методов: в проточном или фракционном режиме; программируемой ревизии и санации брюшной полости (лапаростомии). Наш многолетний клинический опыт и литературные данные позволяют придти к мнению, что при абдоминальном сепсисе в условиях тяжелой полиорганной недостаточности с поражением более 3-х систем и органов метод программируемых санаций и ревизий брюшной полости утрачивает свои преимущества, целиком сохраняя существенные недостатки. К таким недостаткам относятся: длительное пребывание в стационаре, повторная травма брюшной стенки и органов брюшной полости, отрицательные системные последствия повторных вмешательств (в том числе повторное развитие синдрома «медиаторной бури» и токсического шока), продленная ИВЛ, длительная интубация, и длительная катетеризация мочевыводящих путей с высоким риском развития нозокомиальной пневмонии и уроинфекции, длительная катетеризация сосудов с высоким риском развития «катетерной инфекции» и ангиогенного сепсиса, высокий риск внутрибрюшного кровотечения и образования кишечных свищей.

Цель исследования: на собственном экспериментальном опыте у собак при разлитом гнойном перитоните выявить особенности метода перитонеального лаважа с использованием универсального отечественного антисептика «нейтральный анолит», в сравнении с традиционным методом — промыванием растворами хлорида натрия 0,9% или фурациллина 0,02% с добавлением 3% раствора перекиси водорода (в соотношении 1:10), оценить адекватность и его отдалённые результаты.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для определения эффективности перитонеального лаважа при разлитом гнойном перитоните был проведен эксперимент на 25 беспородных собаках. У всех животных в условиях внутривенного наркоза моделировался перитонит по методике Шалимова (1989). Через сутки выполнялась релапаротомия, во время которой у всех животных обнаруживался разлитой гнойный перитонит. При этом проводились одно- (1 группа — 6 животных), дву- (2 группа — 6 животных) и многократные — до «чистой воды» (3 группа — 6 животных) промывания брюшной полости раствором фурациллина 0,02 %. У животных 4-й группы промывание брюшной полости проводилось двукратно раствором нейтрального анолита. Наблюдение за животными производилось каждые 12 часов. Погибшие животные вскрывались, а выжившие выводились из опыта на 5-е сутки передозировкой эфирного наркоза. В качестве контроля эффективности санации производилось количественное исследование микрофлоры в 1 мл перитонеального экссудата. Заборы проводились до санации брюшной полости, по окончании механического ее очищения и после окончания всей процедуры.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Животные 1-й (5 из 6) и 2-й (4 из 6) групп погибали на 3—5 сутки, при этом у всех обнаруживались признаки продолжающегося перитонита — признаки нарастающей интоксикации и полиорганной недостаточности: отказ от приема пищи и воды, тошнота, рвота, учащение дыхания, цианоз и похолодание конечностей. Интраоперационно у всех животных первой и второй групп выявлен экссудат со зловонным запахом, распространенный по всей брюшной полости, насыщенного оливкового цвета с нитями и хлопьями фибрина, сливные фибринозно-гнойные напластования на париетальной и висцеральной брюшине, а также нити фибрина в месте повреждения тонкой кишки и на прилегающих органах. В третьей группе все животные (5 из 6) погибали в ближайшие часы после санационной релапаротомии, что было обусловлено не интоксикацией, а гипотермией либо сердечной слабостью. Из 7 животных 4-й группы с предложенным способом санации брюшной полости на 2—3 сутки состояние собак расценено как тяжелое, но без отрицательной динамики. Одна (14,2 %) собака погибла на 5 сутки от развившегося распространенного гнойного перитонита, причем было отмечено резкое ухудшение ее состояния, только на 5-е сутки от момента начала эксперимента с развитием клиники перфорации полого органа, и одно животное, причиной смерти которого, явилась передозировка лекарственных веществ, при даче наркоза во время релапаротомии, через 12 часов от начала эксперимента. Таким образом, на 5-е сутки выведены из опыта оставшиеся 5, при этом явления перитонита у них отсутствовали.

При изучении динамики содержания микрофлоры в перитонеальном экссудате было установлено, что до начала санации содержание микрофлоры в перитонеальном экссудате у животных исследуемых групп было примерно равным. После механического промывания раствором хлорида натрия оно было сопоставимо ($0,78 \pm 0,15 \times 10^6$/мл и $0,87 \pm 0,25 \times 10^6$/мл). Однако по окончании перитонеального лаважа у животных в 1-й, 2-й, и 3-й группах экспериментального сравнения перитонеальный экссудат оставался

инфицированным — $0{,}55 \pm 0{,}45 \times 10^5$/мл, в то время как у животных в 4-й группе во всех случаях рост микрофлоры не был получен.

ВЫВОДЫ

1. На основании полученных результатов в ходе экспериментальной работы по способу санации брюшной полости у животных раствором «нейтрального анолита» показал достаточную эффективность этого метода, что дает основание перенесения его в клиническую практику.
2. Бактериологические исследования промывных вод позволяет следить за течением заболевания и определять сроки удаления дренажей.
3. Эффективность лечения разлитого гнойного перитонита методом перитонеального лаважа при закрытом способе дренирования брюшной полости в клинической практике можно использовать с применением множественных силиконовых дренажей для непрерывного или периодического промывания брюшной полости, таким образом устранить недостатки программированных санаций брюшной полости, указанных выше.
4. В целях предупреждения гипотермии раствор для промывания брюшной полости должен быть теплым.

И.И. Винокуров

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ГЛАВНОГО БРОНХА

ГБУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ Республики Саха (Якутия) (Якутск)

Целью исследования является повышение эффективности заживления культи бронха, снижение образования бронхиального свища.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основную группу вошли 10 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом, которым применен новый метод обработки культи бронха при пульмонэктомии. Контрольную группу составили 10 больных со схожими формами туберкулеза, где применен общепринятый способ обработки культи бронха.

Метод обработки культи бронха отличается тем, что перед удалением легкого на бронх накладывают лигатуры, механический шов прошивают проксимально отступя на 2 см от лигатур. Резецируют хрящевую часть бронха по краю сшивающего аппарата, оставляя мембранозную часть в виде лоскута на ножке, которую как пластический материал прошивают сквозными узловыми швами поверх механического, погружая и герметично укрепляя культю бронха.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У основной группы больных первые двое суткок после операции по удалению легкого эффективность герметичности определялась при давлении 400 мм водного столба. У больных контрольной группы первые двое суток наблюдалось выделение небольшого воздуха через дренажную трубку при давлении 360 мм водного столба.

Бронхоскопические исследования показали, что у больных основной группы на вторые сутки после операции отмечался более ровный и спокойный шов без воспалительной инфильтрации. Полное сращение культи бронха с формированием соединительной ткани определялось на 30 сутки. У этой группы больных не было случаев развития бронхиального свища.

В контрольной группе на вторые сутки после операции определялась выраженная гиперемия и воспаления слизистого слоя культи. В этой группе у одного больного наблюдалось развитие бронхиального свища. Бронхиальный свищ сформировался на 7-е сутки наблюдения с прорезыванием скрепками культи, что указывало на техническую причину его развития.

ВЫВОД

Разработанный новый метод обработки культи главного бронха обладает высокой эффективностью и ускоряет процесс заживления, значительно снижая развитие бронхиального свища, особенно при таких осложненных формах туберкулеза как эмпиема плевры.

М.М. Винокуров, В.В. Игнатьев

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ADEPT В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мединститут Северо-Восточного Федерального университета им. М.К. Амосова (Якутск)

ADEPT представляет собой прозрачную стерильную бесцветную или бледно-желтую жидкость однократного применения для интраперитонеального введения, содержащую икодекстрин в концентрации 4% в растворе электролитов (http://adept-rus.ru/uploads/posts/2011-11/1321616474_111.jpg). Икодекстрин представляет собой полимер глюкозы, сшитой -1,4-связями. Выпускают в стерильных полиэтиленовых пакетах объемом 1500 мл.

Применение: раствор ADEPT предназначен для использования в качестве интраперитонеального инстиллята с целью уменьшения образования спаек после операций на органах брюшной полости и промывного раствора для орошения брюшной полости в процессе хирургического вмешательства http://adept-rus.ru/uploads/posts/2011-11/1321616360_4.gif

ADEPT — единственный одобренный и доступный противоспаечный раствор, который долго остается в брюшной полости, обеспечивая тем самым полное покрытие всей брюшной полости, и сохраняется в течение всего критического периода образования спаек. ADEPT был одобрен в Европе в 2000 г. в качестве противоспаечного средства для открытых и лапароскопических, общих и гинекологических операций. В США он недавно был одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами для использования в качестве ирриганта и послеоперационного средства для вливания при проведении гинекологической лапароскопии с адгезиолизисом.

Цель исследования: оценить эффективность препарата ADEPT на практике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Препарат ADEPT фирмы «Baxter» применяется в хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 — ЦЭМП для предупреждения образования спаек брюшной полости с марта 2011 г., то есть около 1 года.

За данный период в хирургическом отделении лечилось 90 больных с клиникой острой тонкокишечной непроходимости. Из них 34 больных было прооперировано, у 56 пациентов непроходимость разрешилась с помощью консервативных методов. Причины острой тонкокишечной непроходимости у оперированных больных были следующие: спайки брюшной полости — у 29 больных, у 3 больных — заворот тонкой кишки (из них один с некрозом), у 2 больных — ущемленная вентральная грыжа (в 1 случае с некрозом тонкой кишки). 4 больных умерло после операции. Причиной смерти явились осложнения — тонкокишечные свищи с перитонитом (2 больных), сердечно-сосудистая недостаточность (2 больных).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из 34 оперированных больных у 19 пациентов (56 %) мы применяли ADEPT. Методика применения препарата в нашей клинике следующая. Во время проведения адгезиолизиса в брюшную полость мы порционно наливаем ADEPT. Затем перед ушиванием раны, эвакуировав всю жидкость из брюшной полости, заливаем остатки раствора, закрыв дренажи брюшной полости. После операции через 15 минут дренажи открываем.

В послеоперационном периоде все больные получали идентичную консервативную терапию, стимуляцию кишечника прозерином с очистительными клизмами, диадинамические токи на живот. При этом у больных, которым применялся ADEPT, быстрее восстанавливалась моторика кишечника — в среднем на 3 суток раньше начинали отходить газы и самостоятельный стул. Пациенты выписывались в удовлетворительном состоянии в среднем на 16-е сутки после операции. Средний койко-день в 2010 г. (до применения ADEPT) составил 19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение препарата позволило улучшить результаты оперативного лечения больных с острой тонкокишечной непроходимостью, благодаря его антиадгезивному эффекту. За короткий годовой период препарат зарекомендовал себя с лучшей стороны, хирурги отмечают сокращение койкодней после операции, более раннюю выписку больных, уменьшение послеоперационных парезов кишечника, раннее восстановление моторики кишечника. Релапаротомий после применения препарата не было. Применение ADEPT, на наш взгляд, имеет хорошие перспективы. Также рекомендуется расширить область применения ADEPT — например, при операциях по поводу разлитого гнойного перитонита, а также при других обширных вмешательствах на брюшной полости.

М.М. Винокуров, В.В. Игнатьев

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Мединститут Северо-Восточного Федерального университета им. М.К. Амосова (Якутск)

Интраоперационные повреждения магистральных желчных протоков остаются грозным осложнением как в хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны, так и в абдоминальной хирургии в целом. Частота интраоперационных повреждений гепатикохоледоха составляет, по данным разных авторов, 0,09 – 3,0 % всех операций на органах брюшной полости. Повреждения желчных протоков чаще всего происходят при холецистэктомии, реже – при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе. Лапароскопические холецистэктомии сопровождаются достоверным увеличением частоты повреждений гепатикохоледоха по сравнению с традиционными операциями. Одной из главных причин, приводящих к повреждениям, являются тактические и технические ошибки. Основными причинами повреждений гепатикохоледоха при холецистэктомии является наличие инфильтрата в области шейки желчного пузыря, плохо контролируемое кровотечение во время операции, наличие пузырно-холедохеального свища, аномальное расположение пузырных протока и артерии. Предпосылкой к повреждению гепатикохоледоха является сочетание узкого общего желчного протока с коротким пузырным протоком. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) вызвала рост повреждений желчных протоков, характерный для периода освоения метода и накопления опыта. Причины повреждений протоков при лапороскопической холицистэктомии такие же, как и при открытой операции. Специфическим осложнением является лишь термическое повреждение стенки общего желчного и правого печеночного протоков, которое проявляется развитием стриктуры через 3 – 4 месяца после операции.

Цель исследования: изучить причины интраоперационных повреждений гепатикохоледоха, их частоту, определить оптимальную оперативную тактику, меры предосторожности для предупреждения данного осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи за 5 последних лет (с 2007 по 2011 гг.) лечилось 19 больных с повреждениями холедоха. Все повреждения выявлены во время или после традиционной или лапароскопической холецистэктомии. Из них направлено из районных больниц 10 больных, у 9 больных повреждение случилось в нашем отделении во время операций по поводу острого калькулезного холецистита. Возраст больных – от 34 до 65 лет. Женщин было 14, мужчин – 5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Типы повреждений гепатикохоледоха, встречавшиеся в нашем исследовании: полное пересечение холедоха – 12, краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение гепатикохоледоха – 1, перевязка холедоха – 3, коагуляция стенки холедоха – 1, клипирование холедоха – 1 случай.

Полное пересечение холедоха было выявлено в 3-х случаях во время лапароскопической холецистэктомии в нашем отделении. В данном случае имела место техническая погрешность во время выделения и идентификации элементов треугольника Кало. Правильной идентификации мешали инфильтрация в области шейки желчного пузыря, а также недостаточный опыт хирургов. В нашей клинике лапароскопическая холецистэктомия относительно недавно внедрена в повседневную практику. 9 больных с данным повреждением поступили в нашу больницу из районных больниц с клиникой желчеистечения после традиционных холецистэктомий «от шейки». В этих случаях был наложен первичный гепатикоеюноанастомоз на длинной петле по Брауну. Узловые однорядные швы выполнялись премиленом 5-0. У одной больной имела место несостоятельность анастомоза, в связи с чем, было проведено наружное дренирование холедоха, затем она была переведена на реконструктивную операцию в хирургическое отделение Республиканской больницы № 1.

Полное интраоперационное пересечение гепатикохоледоха наблюдалось у больной с острым калькулезным холециститом. Во время традиционной холецистэктомии в нашей клинике произошло пересечение в области ворот печени. В данном случае сразу был наложен бигепатикоеюноанастомоз. Однако, в данном случае в связи со сдачей анастомоза, больной было проведено наружное дренирование холедоха с отсроченной реконструктивной операцией.

Больной с краевым ранением холедоха был оперирован в нашей больнице – во время лапароскопической холецистэктомии произошло ранение холедоха на ¼ диаметра. После конверсии произведена холецистэктомия и ушивание раны холедоха на Т-образном дренаже. Шовный материал – премилен 5-0.

3 больных с перевязкой холедоха были доставлены из районных больниц с картиной механической желтухи после традиционной холецистэктомии «от шейки». Тактика – гепатикоеюноанастомоз.

В 10 случаях из 19 мы применяли гепатикоеюноанастомоз в модификации Benjamin: через гепатикохоледох в правый печеночный проток устанавливали силиконовую трубку диаметром 3 мм, затем через отводящую петлю тощей кишки выводили наружу в виде подвесной еюностомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При традиционной холецистэктомии гораздо предпочтительнее удалять пузырь от дна. Особенно это касается молодых хирургов. При данном способе число повреждений холедоха практически равно нулю.

При лапароскопической холецистэктомии в случае обнаружения плотного инфильтрата в области шейки пузыря, неясной анатомии гепатодуоденальной зоны лучше перейти на широкую лапаротомию.

При полном повреждении гепатикохоледоха операцией выбора является наложение гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Брауну или Ру петле. Для повышения надежности анастомоза предпочитаем гепатикоеюноанастомоз в модификации Benjamin.

При повреждении холедоха во время операции, когда нет соответствующих условий для наложения первичного анастомоза, мы предпочитали наружное дренирование холедоха с последующей отсроченной (через 3 — 4 месяца) реконструктивной операцией.

Для предотвращения повреждения желчных протоков при холецистэктомии необходимо соблюдать ряд правил: при возникновении сложностей во время операции необходимо добиться хорошего обзора за счет увеличения разреза; до пересечения пузырного протока нужно видеть не только холедох, но и обязательно общий печеночный проток; при кровотечении нельзя накладывать вслепую кровоостанавливающий зажим, а нужно пережать печеночно-двенадцатиперстную связку, осушить рану и, ослабляя пережатие связки, зафиксировать место повреждения сосуда.

Т.А. Вихерт, А.М. Зудин, О.Ю. Атьков

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

Центральная Клиническая Больница им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (Москва)

Цель работы: оценить диагностические возможности ультразвукового дуплексного сканирования, примененного у пациентов с окклюзионно-стенотическими заболеваниями периферических артерий во время планирования эндоваскулярных вмешательств, во время и после их проведения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 пациента в возрасте 51 — 79 лет (средний возраст 59 ± 6,15 года). Мужчин было 43 (83 %), женщин — 9 (17 %). Всем больным выполнялось дуплексное сканирование периферических артерий на аппарате Унисон 2-03 (Россия) с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц во время эндоваскулярных вмешательств, до и после. Для качественной оценки положения, локализации и структурных особенностей стента использовали В-режим, для оценки его проходимости применяли режим цветового допплеровского картирования в сочетании с данными спектра допплеровского сдвига частот.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 34 (65 %) пациентов было выявлено стеноокклюзирующее поражение сонных артерий, у 18 (35 %) — поражение бедренно-подколенного сегмента. До проведения эндоваскулярных вмешательств на сонных артериях при дуплексном сканировании регистрировалось линейная скорость кровотока от 1,0 — 1,2 см/с у 14 (41 %) пациентов, от 1,2 — 3,0 см/с у 20 (59 %) пациентов. Во время установки стента с его последующей дилатацией регистрировалось снижение линейной скорости кровотока от 1,0 — 1,2 м/с в 20 (59 %) наблюдениях, от 0,7 — 1,0 см/с в 14 (41 %) наблюдениях.

В ближайший послеоперационный период после эндоваскулярного вмешательства (1-е сутки) отмечалось снижение линейной скорости кровотока от 0,7 — 1,0 см/с в 10 (29 %) случаях, от 0,3 — 0,7 см/с в 24 (71 %) случаях. У пациентов с поражением артерий бедренно-подколенного сегмента при первичном обследовании в 10 (56 %) случаях выявлена окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 8 (44 %) — гемодинамически значимые стенозы более 60 %.

При дуплексном сканировании во время выполнения баллонной ангиопластики со стентированием на артериях нижних конечностей регистрировалось восстановление ламинарного характера кровотока, линейная скорость кровотока составляла от 30 — 100 см/с, степень остаточного стеноза менее 25 %, что является нормой. При стентировании В-режиме отмечалось точное позиционирование стента в месте стеноза, полное его раскрытие и прилегание к стенкам артерии, адекватное сопоставление диаметра стентированной артерии и стента.

ВЫВОДЫ

Интраоперационное дуплексное сканирование периферических артерий позволяет планировать оптимальный объем эндоваскулярных вмешательств у конкретного пациента и позволяет избежать таких осложнений, как неполное раскрытие стента, неверное его позиционирование относительно границ патологии, диссекции интимы.

Н.П. Володченко, Е.Г. Новолодский, П.Ю. Киселев, В.Н. Микляев, Т.М. Федотова

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» (Благовещенск)
МБУЗ «Городская клиническая больница» (Благовещенск)

С каждым годом число больных с острым панкреатитом неуклонно растет и составляет 4 – 9 % среди лиц с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с летальностью при деструктивных формах – от 3,9 до 21 %, достигая при инфицированном панкреонекрозе 85 %.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты лечения острого панкреатита с использованием миниинвазивных методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты лечения 153 больных с острым панкреатитом, пролеченных за последний год в хирургическом отделении МБУЗ «Городская клиническая больница». Женщин было 58 (37,4 %), мужчин – 105 (62,1 %), преобладали лица трудоспособного возраста, средний возраст 49,3 ± 2,1 года. Этиологическими факторами острого панкреатита являлись: употребление алкоголя 87 (56,8 %) больных, заболевания желчных протоков 51 (33,3 %), патология желудка, травмы брюшной полости и после оперативных вмешательств на органах брюшной полости 15 (9,8 %). В течение первых суток от момента заболевания поступило 116 (75,8 %) пациентов, 37 (22,2 %) через сутки и более. Отечная (легкая) форма острого панкреатита установлена у 136 (88,9 %), деструктивные – у 17 (11,2 %), из них у 11 больных (7,2 %) – жировой и у 6 (3,9 %) – геморрагический панкреонекроз.

Диагностический алгоритм включал: оценку клинических симптомов, лабораторных показателей, УЗИ поджелудочной железы, печени, желчного пузыря и желчных протоков, проведение фиброгастродуоденоскопии, по показаниям – экстренной лапароскопии диагностической (лечебной).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При остром отечном панкреатите (136 больных) проводили консервативное лечение. В лечебный комплекс входили: инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированным диурезом, спазмолитики, аналгетики, противовоспалительные и антисекреторные препараты (квамател 40 мг 2 раза в сутки внутривенно), ингибиторы протонной помпы нексиум (омепразол, лосек), антиферментные препараты, низкомолекулярные гепарины: клексан, фрагмин в общепринятых дозировках, симптоматическая терапия. При отечной форме панкреатита на фоне гепатобилиарных заболеваний первоочередные мероприятия были направлены на устранение гипертензии в желчных и панкреатических протоках. На 2-е сутки от начала заболевания 5 больным выполнили ЭПСТ, что позволило быстро купировать болевой синдром. ЭПСТ не удалось выполнить 2 больным, поэтому дренирование желчных путей выполнено путем наложения холецистостомы через мини-доступ.

Больных с тяжелыми деструктивными формами панкреатита госпитализировали в отделение РАО, где проводилась комплексная медикаментозная терапия с использованием эфферентных методов детоксикации (ПФ, УФОК), проводилась энтеральная нутритивная поддержка, коррекция гомеостаза. При выраженном болевом синдроме полноценная анальгезия достигалась длительной эпидуральной анестезией. В асептической фазе заболевания у 3 больных ферментативный перитонит являлся основным показанием к выполнению лапароскопической санации, дренированию брюшной полости и сальниковой сумки. Оперативные вмешательства проводились только по поводу осложнений панкреонекроза, чаще из мини-доступов, используя набор «мини-ассистент». При крупноочаговых и распространенных формах инфицированного панкреонекроза 4 больным проведена тактика активного многоэтапного хирургического лечения с использованием открытых способов дренирующих операций. В комплексную терапию включали ЛФК и физиолечение.

В группе больных с отечной формой панкреатита осложнений не было. У 2 больных после перенесенных вмешательств, сформировался наружный панкреатический свищ. Средний срок госпитализации больных с отечным панкреатитом составил 11,9 к/дней, из числа оперированных больных деструктивной формой панкреатита – 29,8 к/дня, умерло двое больных, летальность составила 11,7 %.

Таким образом, основным методом лечения острого панкреатита является консервативная комплексная терапия с применением эндоскопических и миниинвазивных вмешательств. При тяжелых неинфицированных формах панкреонекроза – миниинвазивные дренирующие операции, а при инфицированных панкреонекрозах – многоэтапное хирургическое лечение с использованием открытых способов дренирующих операций.

И.В. Вотьев, Н.Б. Прохоров, Н.И. Богомолов

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница (Чита)

Целью настоящей работы явилось изучение заболеваемости, осложнений и причин смерти при желчнокаменной болезни.

Последнее десятилетие характеризовалось значительным ростом числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью. Увеличилось (до 70 %) и количество больных с осложненными ее формами в виде механической желтухи, основной причиной которой остается холедохолитиаз. С внедрением в хирургическую практику миниинвазивных технологий и эндоскопических методов, появились большие возможности в диагностике, и в лечении больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Представленная работа основана на опыте лечения больных с желчнокаменной болезнью на базе хирургического отделения Краевой клинической больницы с 2008 по 2012 г. За этот период выполнено 1227 (82,6 %) лапароскопических холецистэктомий, традиционным способом выполнено 126 (8,4 %) операции, и в 132 (8,8 %) были выполнены холецистэктомии из мини доступа с использованием аппарата «Ассистент». Все оперативные пособия выполнены в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. При анализе отмечены осложнения: интраоперационные кровотечения в 12 случаях, что в 5 случаях послужила причиной конверсии в открытое пособие; подтекание желчи в раннем послеоперационном периоде из дополнительных протоков (16 случаев); гематома в области ложа желчного пузыря (12 случаев); при выполнении холецистэктомии традиционным способом отмечалась подкожная эвентрация в 8 случаях.

По поводу острого калькулезного холецистита было сделано 56 лапароскопических холецистэктомий, традиционным способом – 89, в 32 случаях была выполнена холецистэктомия из мини доступа. При морфологическом исследовании отмечена в 62 % флегмонозная форма воспаления желчного пузыря, в 27 % – гангренозная, в 11 % – катаральная.

У 157 больных, находившихся на лечении, отмечена осложненная форма желчекаменной болезни – холедохолитиаз с явлениями механической желтухи. Возраст больных колебался от 19 до 91 года. Среди наблюдавшихся больных женщин было 114 (72,6 %), мужчин – 43 (27,4 %). Длительность механической желтухи у больных с момента ее возникновения до операции колебалась от 3 суток до 2 месяцев. Большинство пациентов, 78 (49,7 %) из 157, поступили в стационар с легкой желчной интоксикацией (общий билирубин крови до 100 мкмоль/л). Средняя степень интоксикации отмечена у 37 (23,6 %) пациентов (общий билирубин крови до 200 мкмоль/л), тяжелая – у 42 (26,8 %) (у них общий билирубин крови составил более 200 мкмоль/л). При билирубинемии более 200 мкмоль/л и длительности желтухи выше 200 мкмоль/л отмечены выраженные явления печеночной недостаточности. При наличии механической желтухи, у пациентов с желчнокаменной болезнью, и уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л, выполнялось чрезкожное транспеченочное дренирование в 129 случаях (82,8 %), у 28 (17,2 %) пациентов от проведения этой процедуры воздержались.

Без операции умерло 8 человек, при явлениях выраженной печеночной недостаточности и прогрессирующей полиорганной (возраст более 73 лет). В раннем послеоперационном периоде умерло 4 человек от сердечно-сосудистой недостаточности (возраст более 66 лет). Одна больная умерла в послеоперационном периоде от массивной ТЭЛА (возраст 62 лет).

Послеоперационные осложнения составили 9,8 %, общая летальность – 2,5 %, послеоперационные осложнения – 1,68 %.

Таким образом, являясь наиболее частой патологией общехирургического стационара, желчекаменная болезнь требует индивидуального подхода в выборе метода лечения. Помимо стандартов должен быть и здравый смысл.

И.В. Вотьев

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ – НЕСТАРЕЮЩАЯ ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница (Чита)

Целью исследования было изучение резидуального холедохолитиаза и выработка рациональной тактики лечения этой патологии.

Численность больных, страдающих желчнокаменной болезнью, ежегодно увеличивается, холецистолитиаз выявляется у 10 – 20 % населения развитых стран. Среди осложнений основное место занимает холедохолитиаз, который встречается у 10 – 35 % пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 6 лет в клинике оперированы 152 больных с холедохолитиазом, из которых у 82 были применены малоинвазивные методы лечения. Женщин было – 97, мужчин – 27 в возрасте от 19 до 59 лет, 28 человек были старше 60 лет. Длительность заболевания варьировала – от 4 месяцев до 23 лет.

Инструментальная визуализация включала: УЗИ, КТ, ФГДС, ЭРХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию, а во время операции – холангиографию, фиброхоледохоскопию. Сочетанное использование методов позволило установить точный диагноз до операции в 97,8 % случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3 % больных были диагностированы: стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (18 %), острый холецистит (28 %), острый гнойный холангит (22 %), острый панкреатит (24 %), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Мириззи был выявлен у 3,1 % больных: 1-я форма в 2-х случаях и 2-я – в 1 случае.

Показанием к выполнению ЭРХПГ, интраоперационной холангиографии, интраоперационной холедохоскопии считали сочетание нескольких критериев: расширение диаметра общего желчного протока более 0,8 см, эхэопозитивные структуры общего желчного протока, предшествующая или существующая в анамнезе механическая желтуха, повышение биохимических показателей холестаза. При наличии механической желтухи, у пациентов с ЖКБ и уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л, выполнялось чреспеченочная холангиография в 126 случаях (82,8 %), у 26 (17,2 %) пациентов от проведения этой процедуры воздержались. Чреспеченочная холангиография выполняла лечебную и диагностическую функции, информативность составила 98 %.

При холедохолитиазе пациентам выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию по оригинальной методике (заявка № 2011123057/14(034164)). После эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии удаляли камни из протоков. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру. Канюляционным способом эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выполнена в 87 % случаев, в 5 % – неканюляционным, а у 8 % больных использовалась комбинированная методика. В большинстве случаев (74 %) декомпрессия холедоха проведена одномоментно, в остальных за 2 – 3 исследования. У 2-х больных ЭПСТ выполнить не удалось: при интрадивертикулярном расположении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, и при «плоском» щелевидном его варианте и вклиненном камне. Мы сторонники активной тактики удаления конкрементов, поэтому практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Дормиа – 86 %, или баллонного катетера – 14 %. Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдались в 5 % случаев, а летальность составила 0,5 %. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография применялась для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98 % и санации протоков в 2 %.

При механической желтухе придерживаемся тактики двухэтапного оперативного лечения. Одновременно с лечебно-диагностическими процедурами проводили консервативную терапию, по коррекции и предупреждению прогрессирования печеночно-почечной недостаточности, и инфекционных осложнений. После выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, вторым этапом, выполняли радикальные операции в «холодном периоде» – 94 %. При прогрессировании желтухи и холангита в течение 24 – 48 часов выполняли оперативное лечение – 6 %.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчекаменной болезни встречается часто и требует двухэтапного хирургического лечения; с применением в первую очередь более щадящих и эффективных методов. Вторым этапом необходимо выполнить радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ МАЛОГО ТАЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЛИТЕЛЬНЫМ НАХОЖДЕНИЕМ ВМС В ПОЛОСТИ МАТКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Цель: определить тактику при инфильтратах малого таза, обусловленных длительным нахождением ВМС в полости матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2005 по 2011 г. были госпитализированы 47 пациенток с диагнозом: инфильтрат полости малого таза, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Все были оперированы в экстренном порядке в районных больницах Новосибирской области, была выполнена петлевая колостомия. При обследовании в условиях отделения колопроктологии было установлено, что всех пациенток объединяет факт наличия ВМС в полости матки от 7 до 20 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациенткам в первую очередь было выполнено удаление инородного тела из полости матки. Затем проведен курс противовоспалительной терапии (антибиотики широкого спектра, местно — клизмы или свечи с препаратами 5-АСК), обучение уходу за колостомой. После выписки из стационара за пациентками проводилось диспансерное наблюдение и повторные курсы противовоспалительной терапии. В сроки от 6 до 9 месяцев был констатирован полный регресс инфильтрата малого таза и полное восстановление проходимости отключенного из пассажа отдела толстой кишки в сочетании с купированием воспаления слизистой, как необходимое условие для ликвидации колостомы. Все стомы ликвидированы в срок от 6 до 12 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Длительно находящаяся в полости матки ВМС провоцирует риск образования инфильтрата в полости малого таза, вовлекающего в воспалительный процесс кроме репродуктивных органов, стенку толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости и возможной деструкцией.
2. При возникновении осложнений операцией выбора становится колостомия, исключающая из пассажа пораженный отдел толстой кишки.
3. Окончательный диагноз и источник воспалительного процесса в полости малого таза устанавливается в специализированном лечебном учреждении, куда направляются стомированные больные.
4. Обязательным условием купирования воспалительного процесса является удаление ВМС и проведение соответствующей противовоспалительной терапии.
5. При проведении адекватного лечения такие воспалительные инфильтраты полностью регрессируют в сроки от 6 до 9 месяцев, после чего становится возможным выполнение восстановительной операции.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Цель: определить возможности ФКС с эндоскопической полипэктомией в профилактике и радикальном лечении рака толстой кишки на ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2000 по 2011 г. выполнены 13 122 фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия выполнялась у пациентов с клинической картиной дискинезии кишечника, возраст пациентов варьировал от 15 до 93 лет. Полипы толстой кишки различных локализаций были удалены у 3009 пациентов (22,93 %). Осложнений после манипуляции не было.

При патоморфологическом исследовании удаленного материала дисплазия средней и тяжелой степени определялась у 607 (20,17 %) пациентов. Малигнизация полипов и аденокарцинома (*carcinoma in situ*) определены у 89 (2,96 %) пациентов. В дальнейшем пациенты были поставлены на диспансерный учет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После удаления озлокачествленных полипов проводился ежемесячный осмотр в течение года, затем через 3 месяца в течение второго года, затем через 6 месяцев пожизненно. После удаления доброкачественных полипов первый осмотр проводится через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев 2 года, затем 1 раз в год пожизненно.

При наличии доброкачественных полипов, повторные полипэктомии выполнялись у 1865 (61,98 %) пациентов.

При наличии полипов с различной степенью дисплазии повторные полипэктомии выполнялись у 288 (47,45 %) пациентов.

После удаления озлокачествленных полипов рецидивы аденокарциномы имели место у 7 пациентов. Всем были выполнены радикальные операции на толстой кишке (3 передние резекции прямой кишки, 2 резекции сигмовидной кишки, 1 резекция поперечной ободочной кишки и 1 правосторонняя гемиколэктомия).

ВЫВОДЫ

1. Фиброколоноскопия является определяющим диагностическим и профилактическим мероприятием у больных с кишечной дисфункцией.
2. Эндоскопическое удаление малигнизированных полипов может быть радикальным способом лечения рака толстой кишки на ранней стадии.
3. Динамическое наблюдение за пациентами после полипэктомии обеспечивает своевременную диагностику и лечение рецидива полипов и рака толстой кишки.
4. В случае введения фиброколоноскопии в перечень обязательных профилактических диагностических исследований у людей старше 45 лет, даже не предъявляющих жалоб на работу кишечника, будет достигнуто принципиальное повышение уровня ранней диагностики и обеспечение лечения опухолей толстой кишки на ранней стадии.

Р.В. Говорков, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Ганичева, И.А. Токмаков

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Наиболее частым осложнением колоректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. По данным большинства авторов частота ее колеблется от 30 до 76 %. Пациенты в возрасте старше 60 лет составляют 80 %. При этом 100 % больных данной категории имеют сопутствующую соматическую патологию. Большая часть пациентов (60 – 90 %) попадает в стационар в сроки более трех суток. Все вышеизложенное определяет высокую послеоперационную летальность, достигающую 50 %.

Цель исследования: определить условия возможности выполнения радикальных операций при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2005 по 2011 г. находились 103 пациента с обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза. Оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки проведено у 81 (80,6 %) пациента вне зависимости от возраста, тяжести состояния, давности непроходимости и стадии онкопроцесса. Определяющим фактором в тактике являлась возможность резектабельности. Формирование колостомы и обходного анастомоза, как минимальный и достаточный объем вмешательства выполнено у 22 пациентов с нерезектабельным онкологическим процессом.

ВЫВОДЫ

Методом выбора при лечении больных с обтурационной кишечной непроходимостью является оперативное вмешательство с резекцией сегментов толстой кишки, направленное на устранение кишечной непроходимости опухолевого генеза и удаление субстрата у возрастных пациентов с сопутствующей патологией. При этом необходимыми условиями являются: наличие специализированного многопрофильного стационара, хирурга, владеющего техникой радикальной операции, современное техническое обеспечение, такое как сшивающе-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, которые позволяют значительно сократить время и травматичность операции. Важной составляющей является наличие полноценного анестезиологического и реанимационного пособия.

Н.М. Гоголев [1], М.М. Винокуров [2], В.В. Савельев [4, 1], А.Ф. Потапов [3]

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

[1] Кафедра хирургических болезней и стоматологии ИПОВ СВФУ (Якутск)
[2] Кафедра факультетской хирургии, урологии, онкологии и оториноларингологии МИ СВФУ (Якутск)
[3] Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии с курсом скорой медицинской помощи ИПОВ СВФУ (Якутск)
[4] ГУ Республиканская больница № 2 – ЦЭМП (Якутск)

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на прогресс и успехи современной хирургии перитонит продолжает оставаться самым частым и опасным осложнением острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Средние показатели летальности удерживаются на уровне 20 – 30 %, а при послеоперационном перитоните достигают 40 – 50 %. Летальность при тяжелом сепсисе остается очень высокой, достигая 50 % случаев.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В представленной нами работе приведены результаты анализа данных лечения хирургических больных за период с 2001 – 2010 гг., находившихся на лечении в ГУ РБ № 2 ЦЭМП (далее по тексту Центр) по поводу различных заболеваний и травм, осложненных вторичным перитонитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего за указанный временной период в связи с различными заболеваниями и травмами, осложненными вторичным перитонитом было проведено лечение 1015 пациентам. 647 из них – это мужчины, что составило 63,8 % от общего числа, 368 – женщины (36,2 %). Таким образом, соотношение мужчин к женщинам – 3:1. Возрастной состав пациентов был очень разнообразным – от 15 до 83 лет. Но основную группу представили пациенты в возрасте до 45 лет – 534 человек (52,6 %), в возрасте от 46 до 55 лет было зарегистрировано 278 человек, что составило 27,4 % от общего количества пациентов, страдающих вторичным перитонитом.

Наиболее часто лечение проводилось городским жителям – 769 человек (75,8 %).

При изучении социального статуса пациентов было установлено, что наибольшее количество пациентов – это работающие – 443 человека (43,7 %), безработных пациентов было зарегистрировано 292 человека (28,7 %), пенсионеров – 198 (19,5 %), учащихся – 82 (8,1 %) человек.

716 (70,5 %) пациентов поступивших на лечение в Центр экстренной медицинской помощи доставлены Скорой медицинской помощью, были направлены из ЛПУ г. Якутска – 139 (13,7 %), доставлены санитарной авиацией из центральных районных больниц республики – 96 (9,5 %) человек, обратилось в Центр самостоятельно – 64 (6,3 %) человек.

Все больные госпитализированы по экстренным показаниям через различное время с момента заболевания или травмы: через 6 часов – 519 (51,1 %), от 6 часов до суток – 334 (32,9 %) и более суток 162 (16 %).

Большинству больных – 897 (88,4 %) человек была проведено по одному оперативному вмешательству, при этом летальность составила 4,8 %. При повторных операциях проведенных 118 (11,6 %) пациентам, летальность составила 62,5 %. Общая летальность составила 12,6 % по отношению ко всем больным с разлитым перитонитом.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в результате проведенного анализа данных среднестатистический пациент с разлитым вторичным перитонитом – это мужчина трудоспособного возраста до 55 лет, житель города. Обращение за медицинской помощью происходит в течение суток. Операция проводится по экстренным показаниям чаще всего один раз. 85,4 % оперированных пациентов выписывается из стационара в удовлетворительном состоянии. Летальность у пациентов с разлитым вторичным перитонитом составила 13,3 % от общего количества пациентов с разлитым перитонитом.

Е.В. Григоров, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина, И.А. Поршенников, Е.М. Зяблицкая

СРАВНЕНИЕ ВАРИАНТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТОЯННОГО СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Цель исследования: анализ вариантов формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (использованием синтетических сосудистых протезов и нативная артериовенозная фистула) с точки зрения их выживаемости, адекватности для проведения гемодиализа, количества повторных оперативных вмешательств, частоты инфекционных осложнений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены пациенты, прооперированные в нашей клинике в 2009 — 2011 гг. с целью формирования постоянного сосудистого доступа для гемодиализа (119 больных). Большинство из них (97), составили первую группу исследуемых, имеют в качестве постоянного сосудистого доступа нативную артериовенозную фистулу. Вторая группа, представлена 22 больными, имеет постоянный сосудистый доступ с использованием синтетических сосудистых протезов из политетрафторэтилена. Протезы были имплантированы в связи с истощением нативного сосудистого ресурса.

Функциональная состоятельность постоянного сосудистого доступа оценивалась исходя из параметров объемных скоростей кровотока по нему и качеству проводимого гемодиализа. В обеих группах больных доступ обеспечивал необходимый уровень кровотока для проведения адекватного гемодиализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнении времени функционирования постоянного сосудистого доступа в каждой из групп выявлены различия в выживаемости. Несмотря на статистическую недостоверность тенденция различий представляется нам очевидной. Одногодичная выживаемость доступа в первой группе составила 89 %, в группе с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами — 82 %. Двухгодичная выживаемость — 85 % и 57 % в первой и второй группах соответственно. При сравнении кривых выживаемости очевидные различия (не в пользу синтетических сосудистых протезов) прослеживаются, начиная с 400 дня наблюдения.

Статистически значимые различия получены при анализе частоты повторных оперативных вмешательств (направленных на восстановление функции доступа в связи с тромбозом) в каждой группе. В группе пациентов с артериовенозной фистулой частота подобных вмешательств составила 0,24 на одного пациента в год, во второй группе частота повторных операции была существенно выше — 0,83 на одного пациента в год, различие статистически достоверно ($p = 0{,}037$).

Сравнивая частоту развития инфекционных осложнений в каждой из групп, необходимо отметить, что у пациентов с имплантированными синтетическими сосудистыми протезами мы не встретились с подобными явлениями. У 2 пациентов с артериовенозной фистулой развившееся инфекционное воспаление удалось купировать консервативно.

ВЫВОДЫ

Приоритетным видом первичного сосудистого доступа для гемодиализа следует считать нативную артериовенозную фистулу, принимая во внимание длительное время ее функционирования, малое количество осложнений, требующих оперативной коррекции. Оправданным представляется использование протезов при невозможности формирования фистулы ввиду истощения сосудистого ресурса, поскольку данный вид также обеспечивает необходимый для адекватного диализа кровоток, прост в формировании, имеет сравнимый с нативным доступом риск инфекционных осложнений.

Н.Н. Григорьев, В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРБУНКУЛАХ ПОЧКИ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Цель: усовершенствование техники органосохраняющих операций по поводу карбункула почки через малые операционные доступы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные хирургического лечения 13 больных, оперированных методом минилюмботомии и конусовидного иссечения карбункула почки за период 2008 – 2011 гг. Из них – 9 женщин, 4 мужчин в возрасте от 23 до 66 лет (в среднем 43,1 года). Заболевание локализовалось справа у 8 пациентов, слева – у 4-х, и двухсторонняя локализация отмечена у одной больной. У трех больных был впервые выявлен сахарный диабет.

Мини-разрез производился у концевой части 11 ребра по направлению хода волокон наружной косой мышцы живота. Разрез длиной 5 – 6 см создавал раневую апертуру диаметром 8 – 9 см. Послойное раздвижение трех групп мышц и введение поочередно, начиная с коротких, с последующей сменой на более длинные, 4 – 5 управляемых лопаток обеспечивает формирование достаточной раневой апертуры в центре которой располагается почка. Карбункул почки иссекался скальпелем циркулярными движениями, ориентируясь цветом иссекаемой ткани и степенью кровотечения. В результате на поверхности почки образуется кратерообразное конусовидное углубление, полностью повторяющее строение бывшего карбункула. При этом почке не наносится дополнительная травма, поскольку удаляется лишь мертвая ткань.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции составила 88,8 минут. Конверсия на люмботомию и нефрэктомия произведена в одном случае. Нормализация температуры тела в среднем на 2 – 3 сутки. Активация больных после операции на 2 – 3 сутки. Наркотические анальгетики применялись 1 – 2 дня после операции и далее отменялись в связи с минимальным болевым синдромом. Снятие швов с операционной раны производилось на 7 – 11 сутки после операции. Интра- и послеоперационных осложнений и летальных исходов не было.

Прооперированные данной методикой пациенты обследованы в срок до 3-х лет. Все они высказывали удовлетворение эстетическим видом и субъективными ощущениями в области послеоперационного рубца.

ВЫВОДЫ

1. Минилюмботомия существенно снижает агрессивность оперативного вмешательства и при этом позволяет в полной мере провести некрэктомию с паренхимы почки и качественно дренировать околопочечную клетчатку.
2. Методика конусовидного иссечения карбункула резко снижает тяжесть послеоперационного периода, обрывает течение септического состояния и ускоряет процессы выздоровления.
3. Доступ соответствует критериям физиологической дозволенности и максимальной доступности почки.
4. Снижается уровень дискомфорта в ближайшем послеоперационном периоде, уровень болевых ощущений, физической ограниченности.

Н.Н. Григорьев, В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЛИНГОВЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Одним из актуальных вопросов урогинекологии является недержание мочи при напряжении. По данным различных авторов, частота этого заболевания у женщин старше 40 лет достигает 75 – 80 %.

Цель: анализ проведенных слинговых операций при стрессовом недержании мочи.

МАТЕРИАЛ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

В период с 2009 по 2011 г. проведены 8 слинговых операций ТВТ-О и одна операция, предусматривающая формирование лоскута-трубки из влагалищной стенки с последующей фиксацией его в зоне шейки мочевого пузыря и проведение поддерживающих лигатур в надлобковую область (авторы О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь). Средний возраст пациенток составил 55 лет.

Операции ТВТ-О проводились под спинномозговой анестезией по стандартной методике. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Средняя длительность операции составила 45 мин. Активация больных по истечении первых суток после операции. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде до 1 суток. Пациентки отмечали полное удержание мочи сразу после удаления уретрального катетера. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 3 ± 1 койко-день. Срок

послеоперационного наблюдения составил от 8 до 30 месяцев. Все пациентки, оперированные данным методом успешно реабилитированы, отмечают полное удержание мочи.

Помимо данного метода нами успешно проведена одна операция с использованием трубчатого лоскута из влагалища с последующей фиксацией его в зоне шейки мочевого пузыря и проведение поддерживающих лигатур в надлобковую область пациентке, страдающей недержанием мочи и цистоцеле. В ходе операции произведена пластика цистоцеле ушиванием пубоцервикальной фасции и фиксирование свернутого в трубку лоскута слизистой влагалища в зону уретровезикального сегмента с проведением фиксирующих лигатур в надлобковую область формируя петлю-слинг. Операция производилась под спинномозговой анестезией. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Длительность операции составила 50 минут. Активация больной по истечении 2-х суток после операции. Катетеризация мочевого пузыря в послеоперационном периоде до 3 суток. После удаления катетера пациентка отмечала полное удержание мочи и отсутствие дискомфорта, связанные с пролапсом передней стенки влагалища и цистоцеле. Выписка из стационара на 13 сутки после операции.

ВЫВОДЫ

Мы считаем, что ТВТ-О является «золотым стандартом» лечения недержания мочи при напряжении у женщин вследствие малоинвазивности, эффективности, лучших ближайших и отдаленных результатов, экономической выгодности.

Операция, модифицированная кафедрой урологии ММСИ им. Н.А. Семашко (О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь), дает возможность одновременной пластики цистоцеле путем широкой мобилизации задней стенки мочевого пузыря и парауретрального пространства и ликвидацию недержания мочи созданием лоскута трубки из слизистой передней стенки влагалища в зоне уретровезикального сегмента, что способствует восстановлению нормальной анатомии.

Г.Ц. Дамбаев [1], Н.А. Шефер [1], Е.Б. Топольницкий [1], С.В. Гюнтер[2]

МЕТОД РЕГИСТРАЦИИ ДИНАМИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПРОСВЕТА ТРАХЕИ И ГЛАВНЫХ БРОНХОВ

[1] ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет (Томск)
[2] НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (Томск)

Несмотря на современные достижения в медицине, диагностика заболеваний, характеризующихся динамическим изменением просвета трахеи и главных бронхов продолжает оставаться сложной и не в полной мере решенной проблемой в хирургической пульмонологии (Алиев М.А., с соавт., 1986; Алимов А.Т., Перельман М.И., 1989; Бисенков Л.Н., 2002).

Целью исследования явилась разработка способа регистрации, динамического изменения просвета трахеи и главных бронхов с использованием оптико-электронной системы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для достижения цели использовалась оптико-электронная система регистрации, разработанная в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы г. Томск. В работе устройства использован принцип оптической локации. Данная система состоит из эластичного зонда, электронного блока, подключенного к персональному компьютеру для обработки сигнала. Зонд представляет собой оптически прозрачную трубку, на рабочем конце которой размещены два полупроводниковых светодиода. Один из них служит генератором зондирующих импульсов инфракрасного излучения, второй — фотоприемником сигналов. В ходе регистрации излученный генерирующим диодом импульс зондирующего светового сигнала падает на стенку исследуемого сегмента трахеобронхиального дерева и, отраженный от нее, возвращается в фотоприемник. Далее, усиленный сигнал регистрируется на экране монитора в виде диаграммы. Амплитуда сокращения, которая зависит от расстояния между стенкой органа и устройством, величина сигнала отражает динамическое изменение просвета согласно дыхательному циклу.

В качестве экспериментальных животных были выбраны собаки. Животные содержались в условиях вивария ЦНИЛ ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет». Животным под общей анестезией проводили исследование интактной трахеи и главных бронхов на всем протяжении с помощью разработанной системы регистрации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе полученных диаграмм определяется рассеивающийся оптический сигнал с временным сдвигом по оси Х, измеряющийся временными интервалами, равными секунде, и степень отражения

сигнала по оси Y, измеряющаяся в миллиметрах подвижности исследуемой стенки. Дыхательная экскурсия исследуемой стенки трахеи отражается на диаграмме релаксациями амплитуды сигнала синхронно фазам вдоха и выдоха. Меньшая амплитуда соответствует вдоху, а большая амплитуда соответствует выдоху, т.е. уменьшению просвета трахеи.

В ходе экспериментального исследования показано, что с помощью оптико-электронной системы регистрации возможна диагностика заболеваний, характеризующихся динамическим изменением просвета дыхательных путей. Полученные диаграммы позволяют судить о наличии участка патологической подвижности стенки трахеи, что имеет диагностическую ценность при таком заболевании как экспираторный стеноз.

Е.В. Дерягин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Н.В. Канюшкин

ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Венозные тромбоэмболические осложнения: тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия ветвей легочной (ТЭЛА), и наиболее серьезное из них — тромбоэмболия ствола легочной артерии, являются нередкими и грозными осложнениями в оперативной травматологии и ортопедии. Они являются одной из главных причин послеоперационной летальности, достигающей порой 24 %. При травмах проксимального отдела бедра, операциях эндопротезирования крупных суставов риск венозных тромбоэмболических осложнений и тромбоза глубоких вен достигает 65 %.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Группа контроля: профилактика венозных тромбоэмболических нарушений в периоперационном периоде производится низкомолекулярными гепаринами (клексан, фрагмин, фраксипарин) в соответствующих профилактических дозировках. При выписке на амбулаторный этап лечения с целью профилактики венозных тромбоэмболических нарушений постоянно назначаются непрямые антикоагулянты (варфарин). Далее прием варфарина осуществлялся до полной активизации мышечно-венозной помпы, под контролем международного нормализованного отношения 2 раза в неделю.

Исследуемая группа (основная): для амбулаторной профилактики венозных тромбоэмболических нарушений, у лиц с высокими степенями риска тромбоэмболизма, после выписки из стационара продолжаем введение низкомолекулярных гепаринов: клексан 40 мг и фрагмин в дозе 2500 ЕД 1 раз в сутки до полной активизации больного. Пациенты обучались техники введение препаратов в стационаре лечащим врачом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оценка результатов применения непрямых антикоагулянтов (варфарина) в амбулаторной профилактике венозных тромбоэмболических нарушений (группа контроля): количество больных — 37. Препарат применялся в течение 4—6 недель после операции. Трудность титрования, контроля международного нормализованного отношения — отметили 80 % пациентов, необходимость часто проводить коррекцию дозы варфарина. Не в каждой поликлинике возможно исследовать международное нормализованное отношение. Международное нормализованное отношение ниже 2 (показатель неэффективности используемой дозы варфарина) — отмечен у 50—60 %, что связано с трудностью определения показателя международного нормализованного отношения в сети поликлиник города. Тромбоз глубоких вен — 16,2 % (6) больных. Тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей — нет. Желудочно-кишечное кровотечение — 8,1 % (3) больных. Потребовалась госпитализация и интенсивная терапия — 5,4 % (2) больных. Геморрагический синдром (петехии, носовое кровотечение) — 5,4 % (2).

Оценка результатов применения клексана и фрагмина в течение 4 недель с момента выписки из стационара (основная группа): пролечен 21 пациент, средний срок применения препаратов составил 30 дней. Кровотечение — нет. Тромбоз глубоких и поверхностных вен бедра, голени — нет. Геморрагический синдром (петехии, значимое снижение протромбинового индекса, увеличение АЧТВ и ПВ) — нет. Тромбоцитопения (снижение < 100 тыс.) — нет. Аллергическая реакция на клексан — 1 (муж.). Обтурационный тромбоз поверхностных вен бедра и голени на 4 сутки после операции — 4,7 % (1).

ВЫВОДЫ

1. Больные с костной травмой нижних конечностей являются пациентами с высокой степенью риска развития венозных тромбоэмболических нарушений, который сохраняется длительное время после операции и выписки из стационара.
2. Применение непрямых антикоагулянтов без тщательного мониторинга не всегда приносит ожидаемые результаты по профилактике венозных тромбоэмболических нарушений в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе. Нередко возникают тромботические и геморрагические осложнения.
3. Амбулаторную профилактику ортопедическим больным с высокой степенью риска венозных тромбоэмболических нарушений, целесообразно и возможно проводить прямыми антикоагулянтами с меньшими затратами на мониторинг эффективности и большей безопасностью для пациента.

Т.В. Дибина, А.П. Кошель, С.С. Клоков, М.В. Артеменко

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРЕХМЕРНОЙ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Ультразвуковое исследование остается наиболее доступным в первичной диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Появление новых поколений ультразвуковых сканеров значительно расширило область применения ультрасонографии. Одним из перспективных направлений является трехмерная эхография (3D).

Цель исследования: оценка диагностических возможностей трехмерной эхографии в диагностике хирургической патологии органов брюшной полости и почек.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе проведен сравнительный анализ комплексного обследования 940 пациентов НИИ гастроэнтерологии за период с 01.2009 по 09.2010. Сканирование выполнялось на аппарате Accuvix XQ (Medison, Корея) с использованием конвексного и объемного мультичастотных датчиков 3,5 – 5 МГц. Стандартный алгоритм ультразвукового исследования внутренних органов дополняли методиками трехмерной реконструкции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 13 случаях 3D грудного отдела пищевода позволило выявить объемные образования, из них у 4-х пациентов – с вовлечением в патологический процесс органов средостения. В 11 наблюдениях был снят диагноз холедохолитаза после трехмерной обработки изображения в режиме поверхностной и многоплоскостной реконструкции. У 3-х пациентов сочетание 3D режима и энергетического допплера позволили диагностировать аномалию воротной вены с кавернозной трансформацией, которая была причиной билиарной гипертензии, в 12 случаях с использованием режима мультислайсинг удалось выявить стриктуру холедоха на уровне большого дуоденального сосочка, в двух случаях с подозрением на синдром билиарного сладжа диагностировали опухоль Клацкина. Режим минимальной прозрачности объемного массива позволил предположить в 5 случаях объемное образование головки поджелудочной железы с внутрипротоковой локализацией. У трех пациентов сочетанный режим 3D с цветокодированием в режимах различной прозрачности позволил исключить очаговое поражение печени. У одного человека диагностирован острый холецистит с деструкцией стенки и формированием паравезикальных абсцессов (пациент получал лечение в кардиологическом отделении по поводу хронической сердечной недостаточности, на УЗИ в 2D режиме – хронический холецистит с вторично измененной стенкой на фоне асцита, кисты печени). Метастатическое поражение брюшины удалось установить в 19 случаях в режиме полной прозрачности. В 10 наблюдениях найдены образования в просвете толстой кишки, в 3 из них – с формированием межкишечных абсцессов. Все результаты, полученные с помощью 3D ультрасонографии, были соотнесены с данными лабораторных и инструментальных методов, а также оперативных вмешательств, гистологических и цитологических исследований. Диагностическая ценность ультразвуковых методов составила соответственно для 2D режима и 3D: чувствительность 68,0 % и 93,6 %, специфичность 87 % и 95 %, диагностическая точность метода – 84,0 % и 97,7 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трехмерная эхография позволяет более точно установить причину патологии, определить распространенность процесса, топографо-анатомическое соотношение, что влияет на выбор тактики лечения и определяет прогноз качества жизни пациентов.

Б.Д. Доржиев, К.Д. Пунсуков

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГК БСМП И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ Г. УЛАН-УДЭ ЗА 2005–2009 ГГ.

ГБОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Цель: ретроспективный анализ историй болезней детей, поступивших с тяжелой сочетанной травмой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами исследован клинический материал 166 историй болезней детей с тяжелой сочетанной травмой, находившихся на стационарном лечении в детском хирургическом отделении ГК БСМП и нейрохирургическом отделении РКБ г. Улан-Удэ за 2005 – 2009 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Основными причинами тяжелых травм явились: дорожно-транспортные происшествия – 104 (62,7 %), кататравма – 8 (4,8 %), изолированная травма живота – 13 (7,8 %), другие виды травматизма – 41 (24,7 %). Проводя анализ лечения тяжелой сочетанной травмы, мы выделили несколько клинических групп: группа компенсированной травмы – 141 (84,9 %), группа средней степени травмы – 13 (7,8 %), группа тяжелой травмы – 12 (7,3 %). По характеру доминирующего повреждения сочетанная травма у детей также выделена в 3 группы: повреждение органов брюшной полости + перелом костей – 13 (7,8 %), черепно-мозговая травма + перелом костей – 141 (84,9 %), черепно-мозговая травма + перелом костей + травма брюшной полости – 12 (7,3 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетанная травма у детей чаще представлена тяжелой черепно-мозговой травмой, повреждением костей и органов брюшной полости. В этой группе больных наблюдалась наибольшая летальность.

Б.Д. Доржиев, К.Д. Пунсуков

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

ГБОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Цель: изучить эффективность активного хирургического лечения тяжелой термической травмы у детей, выявить ранние признаки ожогового сепсиса, послеоперационные осложнения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов лечения 48 детей, находившихся на лечении в детском хирургическом отделении ГК БСМП г. Улан-Удэ за последние 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По характеру термического агента в исследуемом материале чаще встречалась кипяченая вода – 30 (62,5 %) детей. В стадии ожогового шока доставлено 20 (41,7 %), токсемии – 19 (39,6 %), септикотоксемии – 9 (18,7 %) пациентов. По площади термического поражения больные распределились следующим образом: 30 – 50 % – 30 (62,5 %) детей, более 50 % – 18 (37,5 %) детей. Всего оперированы 45 (93,75 %) детей, при этом выполнены многоэтапные вмешательства в 18 (40 %) случаях. Ранняя некрэктомия с одновременной дермопластикой отмечена в 45 (93,75 %) случаях. Проявления сепсиса наблюдались у 22 (45,8 %) детей, что сопровождалось пневмонией – в 14 (63,63 %), токсической кардиопатией – в 5 (22,73 %), ожоговой энцефалопатией – в 3 (13,64 %) случаях. Осложнения после трансплантации лоскутов наблюдались у 13 (28,9 %) детей.

ВЫВОД

Проведение активной хирургической тактики, рациональное применение антибактериальной терапии в комплексном лечении обожженных позволило снизить частоту и тяжесть инфекционных осложнений ожоговой болезни у детей за последние 5 лет.

Б.Д. Доржиев, М.Л. Тыхенова, К.Д. Пунсуков

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА СОВРЕМЕННЫМИ АГРЕССИВНЫМИ ХИМИЧЕСКИМИ АГЕНТАМИ

ГБОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Цель: изучить в эксперименте на животных модель химического ожога пищевода и желудка современными химическими агентами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на 96 белых крысах линии Vistar. Повреждение пищевода и желудка у крыс осуществлялось введением 0,5 мл прижигающего агента. Прижигающие агенты были разделены на 5 групп: окислители — белизна; нарывные средства — уайт-спирит; протоплазматические яды — мистер мускул; коррозивы — крот; обезвоживатели — силит. Группой сравнения были животные, которым экспериментально проведен ожог пищевода и желудка уксусной кислотой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На 3, 7, 14-е сутки у крыс проведено морфометрическое исследование стенки пищевода и желудка, при этом в группе, где применялись коррозивы и обезвоживатели, на 7 — 14-е сутки эксперимента выявлены отек, гиперемия, эрозии, участки некроза слизистой, кровоизлияния в подслизистом слое. Применяемые химические агенты условно разделили на вещества с низкой и высокой степенью агрессивности.

ВЫВОДЫ

1. Группа обезвоживателей приводит к некрозу стенки пищевода. Дает большой риск перфорации стенки желудка.
2. На 7 — 14-е сутки после проведения эксперимента с применением агрессивных химических средств в стенке пищевода и желудка выявлена макро- и микроскопическая картина некроза, рубцовые изменения.
3. Наиболее агрессивными химическими агентами явились средства бытовой химии: крот, силит.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, А.В. Кутепов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ТРАХЕИ И БРОНХОВ

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

В клинике кафедры госпитальной хирургии Новосибирского государственного медицинского университета эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов выполнены 17 пациентам в возрасте от 17 до 75 лет (мужчин — 9; женщин — 8).

По поводу опухоли трахеи вмешательства выполнены 9 пациентам. При томографии трахеи опухолевый процесс локализовался в: подскладочном отделе гортани — 1; верхней трети трахеи — 4; средней трети — 2; нижней трети — 2. Первичная опухоль трахеи была у 6 пациентов (в том числе у 2-х — рецидив аденокистозного рака после циркулярной резекции трахеи и рецидив рака гортани после ее экстирпации и концевой трахеостомии). У 3-х пациентов причиной опухолевого поражения трахеи являлись: рак щитовидной железы с прорастанием в трахею — 1, опухоль пищевода с прорастанием в трахею — 2. Размеры опухолей от 10 до 25 мм.

При опухолях бронхов вмешательства выполнены 8 пациентам (бронхи правого легкого — 5; левого легкого — 3). Опухоль правого главного бронха — 4 пациента, левого главного бронха — 1; промежуточного бронха — 1; нижнедолевого бронха справа — 1; верхнедолевого бронха слева — 1. Размеры опухолей от 3 до 12 мм. У большинства (6) пациентов опухоль перекрывала просвет бронха более чем на 3/4 или полностью.

У всех пациентов отмечены признаки дыхательной недостаточности, чаще II до III степени.

Все вмешательства проводились в условиях общей анестезии. Лишь в двух случаях опухоль срезалась тубусом ригидного бронхоскопа. У 15 пациентов удаление осуществлялось при помощи петли для полипэктомии. В 6 наблюдениях в связи с большим размером опухоли (более 14 мм) опухоль удалялась методом ее кускования. В 4-х случаях вмешательство на трахее и главных бронхах заканчивалось стентированием опухолевого участка поражения силиконовым стентом типа Dumon с наружным диаметром 15 или 16 мм и длиной от 3 до 6 см.

У 13 пациентов в ходе проведения вмешательства возникло кровотечение, которое в 12 случаях носило умеренный характер, и было остановлено внутривенным введением или местным орошением гемостатическими препаратами, в одном случае, при повторном удалении опухоли правого главного бронха и его реканализии (метастатическая опухоль почки) возникло профузное кровотечение, которое остановлено, но возникшая гипоксия привела к летальному исходу.

Во всех случаях проходимость трахеобронхиального дерева была восстановлена. Повторные вмешательства потребовались двум пациентам через 7 и 14 месяцев в связи с продолжающимся ростом опухоли.

ВЫВОДЫ

Эндоскопические вмешательства при опухолях трахеи и бронхов могут быть как радикальными, так и паллиативными. Целью вмешательств является быстрое и эффективное восстановление проходимости дыхательных путей.

Е.А. Дробязгин, Ю.В. Чикинев, А.В. Кутепов

ПРИМЕНЕНИЕ ПОКРЫТЫХ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ДИСФАГИЕЙ

ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Стентирование пищевода и пищеводных анастомозов металлическими самораспрaвляющимися стентами выполнено 81 пациенту в возрасте от 35 до 87 лет.

Показаниями к стентированию служили: рак пищевода — 46, рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод — 24, рецидив рака желудка в области эзофагоэнтероанастомоза — 4, рецидив рака после операции типа Lewis или экстирпации пищевода — 5, метастатическое поражение средостения с дисфагией — 3, нейрофиброматоз средостения со сдавлением пищевода и пищеводно-плевральным свищем — 1 пациент. В 7 наблюдениях имелся пищеводно-респираторный свищ из-за прорастания опухоли в трахею (6) или левый главный бронх (1).

В большинстве случаев (79) при использовании нитиноловых стентов применялись стенты компании M.I.-Tech (Ю. Корея). В одном случае мы использовали стент компании Wilson-Cook и стент Boubella компании Ella CS. Длина стентов составляла 90, 120 и 160 мм, диаметр 18 и 22 мм. У большинства пациентов (56) использовались эндопротезы диаметром 22 мм.

Осложнения в процессе установки при использовании данного вида стентов возникли у 5 пациентов (несовсем корректная установка в правильную позицию). Осложнения устранены путем подтягивания за лассо эндопротеза вверх (4) и вниз (1).

Осложнения в течение первых двух недель после стентирования возникли у 3 пациентов — миграция стента. В двух наблюдениях выполнено подтягивание стента, в одном — стентирование по типу «стент в стент» в связи с невозможностью коррекции положения стента.

Ошибками при стентировании нитиноловыми стентами в наших наблюдениях являлись: неправильный подбор длины и диаметра устанавливаемого стента, либо установка его в неправильную позицию.

В сроки наблюдения свыше двух недель до 1,5 лет осложнения возникли у 9 пациентов: выраженный болевой синдром, не купируемый применением анальгетиков (1), дислокация стента ниже участка стеноза — 3 пациента. В одном случае осложнение устранено путем подтягивания стента вверх, у двух пациентов — удаление стента с последующим протезированием конструкцией большего диаметра. Фрагментация стента возникла у 4-х пациентов (через 2, 3 и 6 месяцев после его установки). В 3-х случаях фрагменты конструкции были удалены при помощи полипэктомической петли и щипцов с последующим повторным стентированием. В одном случае, несмотря на частичную фрагментацию и повреждение полимерного покрытия, проходимость стента была нормальной.

У пациента с нейрофиброматозом легких и средостения, осложненного пищеводно-плевральным свищом, через 9 месяцев после стентирования в результате роста узлов произошло частичное смещение дистального конца стента из желудка в плевральную полость, что потребовало установки эндопротеза большей длины по типу «стент-в-стент».

Стентирование «стент-в-стент» проведено 11 пациентам в сроки от 2 до 14 месяцев после стентирования из-за продолжающегося роста опухоли и обрастания проксимальной части стента (двум пациентам дважды).

А.Н. Емец, А.П. Сахарюк, В.И. Лабзин, С.А. Дудариков, Д.А. Оразлиев, А.В. Саютин, В.Н. Грохольский, Н.В. Захарова

ОСТЕОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДОРСАЛГИИ

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

Цель исследования: клиническая оценка остеорефлексотерапии при лечении больных посттравматической дорсалгией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В течение трех лет (2009 – 2011 гг.) нами проведено лечение 74 больных дорсалгией вертеброгенного генеза, обусловленной так называемыми легкими травмами позвоночника (ушибы, дисторзии). В рамках «общего» лечения пациентам проводилась остеорефлексотерапия – 15,0 мл 0,5% раствора новокаина вводится в область остистых отростков и паравертебральных болевых точек пораженного сегмента позвоночного столба. С целью усиления лечебного эффекта к раствору новокаина добавлялся раствор кеналога 40 в количестве 1,0 мл. В области каждого пораженного сегмента выполнялось по три инъекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Достигнуто значительное уменьшение болевого синдрома и улучшение статодинамической функции позвоночника у всех (100 %) больных в сроки от 2 до 5 суток. Полное клиническое выздоровление – также у всех больных в сроки от 3 до 4 недель.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включение остеорефлексотерапии в схему лечения посттравматической дорсалгии позволило в короткие сроки (от 2 до 5 суток) купировать болевой синдром у всех (100 %) больных и достичь полного их выздоровления в сроки от 3 до 4 недель (среднестатистические сроки лечения – до 2 месяцев).

ВЫВОДЫ

1. Остеорефлексотерапия является современным высокоэффективным методом лечения посттравматической дорсалгии.
2. Применение остеорефлексотерапии в рамках комплексного лечения больных посттравматической дорсалгией позволяет сократить сроки лечения до 3 – 4 недель и достичь полного клинического выздоровления в 100 % случаев.

А.Н. Емец, А.П. Сахарюк, В.И. Лабзин, С.А. Дудариков, Д.А. Оразлиев, В.Н. Грохольский, Н.В. Захарова, С.В. Осипенков

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ СЕЛЕКТИВНАЯ СТЕРОИДНАЯ ИНЪЕКЦИОННАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ – НОВЫЙ МЕТОД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНЕСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

Цель исследования: оценка эффективности метода стереотаксической селективной стероидной инъекционной декомпрессии при лечении больных заболеваниями внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В течение пяти лет (2007 – 2011 гг.) нами проведено лечение 282 больных с заболеваниями внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата давностью до 6 месяцев. Применялся метод стереотаксической селективной стероидной инъекционной декомпрессии, позволяющий четко идентифицировать зону блокады с определением направления и глубины инъекций. Было выполнено от одной (194 человека) до двух (88 человек) лечебных медикаментозных блокад.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Достигнуто полное клиническое выздоровление всех (100 %) больных в сроки от 2 недель (1 стадия заболеваний – до 3-х месяцев) до 4-х недель (2 стадия – до 6 месяцев).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение метода стереотаксической селективной стероидной инъекционной декомпрессии при лечении больных заболеваниями внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата на ранних стадиях является современным и высокоэффективным, так как позволяет достичь 100% выздоровления пациентов с применением минимального количества лечебных медикаментозных блокад.

ВЫВОДЫ

1. Метод стереотаксической селективной стероидной инъекционной декомпрессии позволяет достичь 100 % отличных результатов (клиническое выздоровление) при лечении больных с заболеваниями внесуставных мягких тканей опорно-двигательного аппарата 1 — 2 стадии заболеваний в сроки от 2 до 4 недель.

А.Н. Емец, А.П. Сахарюк, В.И. Лабзин, С.А. Дудариков, Д.А. Оразлиев, В.Н. Грохольский, А.В. Саютин, Н.В. Захарова

НОВЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО РЕГИОНАРНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

Цель исследования: оценка эффективности проводниковых блокад надлопаточного нерва по И.А. Витюгову — В.А. Ланшакову и подмышечного нерва по В.Г. Вайнштейну в профилактике возникновения комплексного регионарного болевого синдрома (КРБС).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В течение трех лет (2009 — 2011 гг.) нами во время оказания помощи 304 пострадавшим с так называемыми легкими травмами плечевого сустава (ушибы, дисторзии) проводилась профилактика возникновения комплексного регионарного болевого синдрома путем проведения двух проводниковых блокад. При проведении блокады надлопаточного нерва место вкола иглы располагается на биссектрисе угла, образованного остью лопатки и ключицей в 3,5 см от его вершины. При блокаде подмышечного нерва иглу вводят из проекционной точки, расположенной на расстоянии 5 — 6 см вертикально вниз от заднего угла акромиона. В каждую точку вводят по 20 — 30 мл 0,5 % раствора новокаина.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Комплексный регионарный болевой синдром не возник ни одного больного. Сроки их лечения не превышали сроки, предусмотренные медико-экономическими стандартами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное первоначально компетентное лечение пострадавших с так называемыми легкими травмами плечевого сустава путем выполнения двух проводниковых блокад позволило устранить болевые раздражения, исходящие из области повреждения. Комплексный регионарный болевой синдром не возник ни у одного больного (среднестатистически — в 1,0 — 20 %).

ВЫВОДЫ

Выполнение двух проводниковых блокад пострадавшим с легкими травмами плечевого сустава является высокоэффективным способом профилактики возникновения комплексного регионарного болевого синдрома, так как обеспечивает «гладкое» течение патологического процесса в 100 % случаев.

А.А. Жигмитов, О.В. Нагаслаева, Г.Г. Николаева, В.А. Маняк, Е.В. Петров

ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНОЙ ДОБАВКИ «АРУРА-ТАН № 10»

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)
ГБОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Поиск и разработка новых эффективных средств, предназначенных для профилактики и лечения расстройства центральной и вегетативной нервной системы, обусловлены широким распространением различного рода пограничных тревожных расстройств, проявляющихся в психических, поведенческих и соматических нарушениях.

Нами была разработана биологически активная добавка к пище, оказывающая комплексное седативное действие на центральную нервную систему, обладающая антигипертензивным и антиаритмическим действием, спазмолитическими свойствами, улучшающая коронарное кровообращение. Биологически активная добавка (БАД) к пище представляет собой смесь сухих измельченных лекарственных растений: трава пустырника, соплодия хмеля обыкновенного, плоды шиповника, листья мяты перечной, корни шлемника байкальского, цветки ноготков. Композиция была подобрана на основе изучения данных литературы о химическом составе растений, об использовании их в прописях тибетской медицины и проведенного фармакологического скрининга.

Целью данной работы являлось фитохимическое изучение БАД к пище «Арура-Тан № 10».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами исследования являлись образцы исходной фитокомпозиции лекарственных растений. Для изучения химического состава были использованы водные и водно-спиртовые извлечения исходной растительной композиции.

Изучение качественного состава биологически активных веществ (БАВ) проводили общепринятыми специфическими реакциями на присутствие основных действующих веществ по общепринятым методикам (Государственная фармакопея, 1990). Для определения флавоноидов использовали реакцию с 1% хлоридом железа (III) и реакцию с ацетатом свинца. Дубильные вещества определяли реакцией осаждения с 1% раствором желатина и реакцией с раствором железоаммониевых квасцов. Полисахариды обнаружены при добавлении двукратного количества 95% спирта этилового к водному извлечению исходной композиции. Кумарины обнаружены с помощью лактонной пробы с 10% раствором щелочи (Коренская И.М. с соавт., 2007).

Разделение фенольных соединений проводили двумерной хроматографией на бумаге марки «Filtrak» FN-16 в системах: 1. 15% уксусная кислота, 2. н — бутанол — уксусная кислота — вода (БУВ) 4:1:2. Обнаружение и их идентификацию проведили методом сравнения со стандартными образцами, для этого использовали 0,05% растворы государственных стандартных образцов (ГСО): рутина, кверцетина, мирицетина, гиперозида, лютеолина, а также арбутина, галловой, хлорагеновой, кофейной кислот.

Хроматограммы просматривали при дневном свете, УФ-свете до и после обработки 5 % спиртовым раствором алюминия хлорида (для флавоноидов) и парами аммиака (для фенолкарбоновых кислот). На хроматограммах обнаружены 8 зон фенольных соединений, которые обладают собственной флуоресценцией желтого, голубого и фиолетового цвета. После обработки 5% спиртовым раствором алюминия хлорида флуоресценция усилилась. Обнаружены и идентифицированы: рутин, кверцетин, лютеолин, винная и кофейная кислоты.

Разработана методика количественного определения содержания суммы флавоноидов в растительной композиции, которая проведена методом спектрофотометрии по реакции комплексообразования с алюминия хлоридом. Содержание суммы флавоноидов в пересчете на государственные стандартные образцы лютеолина составило 1,8 ± 0,02 %.

Для определения содержания полисахаридов использован метод спектрофотометрии, основанный на способности моносахаридов, образовавшихся после гидролиза полисахаридного комплекса, восстанавливать в щелочной среде пикриновую кислоту до пикрамовой. В качестве стандартного образца служил водный 5% раствор глюкозы (х.ч.). суммарное содержание полисахаридов в водном извлечении составило около 9,0 %.

Методом перманганатометрии установлено содержание дубильных веществ в исходной композиции, оно составило 6 %.

ВЫВОДЫ

Проведено исследование химического состава исходной композиции БАД к пище, обладающего седативным действием. Установлено качественное и количественное содержание полисахаридов, флавоноидов, органических и фенолкарбоновых кислот, дубильных веществ.

А.С. Зюзько, Е.Г. Новолодский, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)
МБУЗ Городская клиническая больница (Благовещенск)

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической поясничной симпатэктомии и поясничной симпатэктомии через мини-доступ при лечении пациентов с хронической ишемией нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В клинике общей хирургии АГМА с применением миниинвазивных методов лечения пролечено 46 пациентов, страдающих хронической ишемией нижних конечностей. Ишемия 2Б ст. по А.В. Покровскому имелась у 34 пациентов, ишемия 3 ст. — у 7 пациентов, ишемия 4 ст. — у 5 больных. Мужчин было 41, женщин — 5. Средний возраст пациентов составил 64 ± 5 лет. В предоперационном периоде всем больным проводилось ультразвуковое триплексное исследование артерий нижних конечностей. У всех пациентов имело место мультифокальное атеросклеротическое поражение магистральных артерий нижних конечностей с преимущественным поражением дистальных отделов. Всем больным были выполнены непрямые реваскуляризирующие операции с применением миниинвазивных методик: эндоскопическая внебрюшинная поясничная симпатэктомия — 28 больным, внебрюшинная поясничная симпатэктомия через мини-доступ — 18 пациентам. Все операции выполнялись в сочетании с реваскуляризирующей остеотрепанацией нижних конечностей.

Эндоскопическая поясничная симпатэктомия проводилась с помощью видеоэндоскопического комплекса, используемого для лапароскопических операций. После создания ретроперитонеума углекислым газом с давлением 12—14 мм рт.ст., вводились 5 и 10мм троакары. С помощью введенного манипулятора, под контролем лапароскопа, удаляли цепочку симпатических ганглиев. Забрюшинное пространство дренировали трубкой на 1 сутки.

Поясничную симпатэктомию через мини-доступ выполняли с использованием набора хирургических инструментов «мини-ассистент» и инструментов для лапароскопических операций. Реваскуляризирующую остеотрепанацию бедренной и берцовой кости выполняли сверлом диаметром 4—5 мм по стандартной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов с ишемией 2Б степени отмечалось увеличение дистанции безболевой ходьбы, повышение температуры в пораженной конечности на 1,5—2°. У пациентов с критической ишемией отмечалось купирование боли покоя, повышение температуры конечности на 0,5—1°, ограничение акральных некрозов, что позволило выполнять некрэктомии вторым этапом на фоне улучшенной гемодинамики конечности. Малая травматичность операции способствовала ранней активизации больных, уменьшению болевого синдрома, сокращению времени пребывания в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Применение миниинвазивных методов лечения пациентов с хронической ишемией нижних конечностей, таких как эндоскопическая внебрюшинная поясничная симпатэктомия и внебрюшинная поясничная симпатэктомия через мини-доступ, способствует улучшению непосредственных результатов лечения и может эффективно применяться при данной патологии.

А.С. Зюзько, Е.Г. Новолодский, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

ГБОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск)
МБУЗ Городская клиническая больница (Благовещенск)

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен при длительно незаживающих и/или рецидивирующих трофических язвах венозной этиологии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 78 больных с длительно незаживающими и/или рецидивирующими трофическими язвами венозной этиологии. Возраст больных составил от 35 до 73 лет, мужчин было 18, женщин — 60. У всех пациентов трофические язвы локализовались на голени, при ультразвуковом исследовании выявлен низкий олиго- или мультиперфорантный сброс через несостоятельные перфорантные вены, локализующиеся непосредственно в зоне трофических нарушений. Варикозная болезнь диагностирована у 58 пациентов, посттромботическая болезнь у 20 больных. Всем больным было выполнено хирургическое лечение, включавшее эндоскопическую субфасциальную диссекцию перфорантных вен.

Объем хирургического вмешательства включал кроссэктомию, субфасциальную эндоскопическую диссекцию перфорантных вен, стриппинг большой подкожной вены. Эндоскопический этап операции выполняли с помощью видеоэндоскопического комплекса фирмы ЭФА (г. Санкт-Петербург), используемого для лапароскопических операций.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения наблюдались у четырех пациентов — у трех больных субфасциальная гематома (при отсутствии дренажа субфасциального пространства) и у одного больного — нагноение послеоперационной раны. Лечение осложнений проводилось общепринятыми мероприятиями.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 4,5 дней. Дальнейшее лечение проводилось в амбулаторных условиях и включало компрессионную и фармакологическую терапию, физиолечение, перевязки. У всех пациентов отмечалось стойкое заживление трофических язв в сроки до двух недель после хирургического лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Больным с длительно незаживающими и/или рецидивирующими трофическими язвами на фоне хронической венозной недостаточности показано хирургическое вмешательство, при этом операцией выбора является субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен. Эндоскопическая субфасциальная диссекция несостоятельных перфорантных вен позволяет выполнить коррекцию гемодинамических нарушений без применения доступов через индуративно измененные ткани, что значительно сокращает длительность пребывания больных в стационаре и сводит к минимуму послеоперационные осложнения.

Е.М. Зяблицкая, А.Ю. Быков, Е.Г. Юшина, Е.В. Григоров, Е.В. Галкина

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Туберкулез в посттрансплантационном периоде является серьезной проблемой во всем мире. Частота туберкулеза у реципиентов почечного трансплантата значительно выше, чем в общей популяции, по некоторым данным превышает в 40—50 раз. Примерно 45—60 % случаев туберкулеза развивается в первый год после трансплантации. **Целью** исследования является определение основных факторов риска развития туберкулеза у пациентов после трансплантации почки.

МЕТОДЫ

Ретроспективно проанализированы случаи возникновения туберкулезного поражения в серии 361 ренальной трансплантации, выполненной в ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 1999 по 2011 г. Оценивалась длительность пребывания на программном гемодиализе до трансплантации почки, функция трансплантата, клиническое проявление ТБ, методы диагностики, протоколы лечения и исходы заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение десятилетнего периода выявлено 5 случаев туберкулеза из 361 реципиентов почечного аллотрансплантата в нашей клинике, частота встречаемости 1,4 %, средний возраст пациентов 45,4 года (от 32 до 60 года). Среднее время развития туберкулеза после выполненной трансплантации — 16,2 месяца (от 1 до 48 месяцев). Длительность пребывания на гемодиализе в среднем 35,8 месяцев (от 10 до 96 месяцев). У трех пациентов легочная форма туберкулеза, у одного — поражение кишечника, один случай развития туберкулезного поражения трансплантата. Микобактерии туберкулеза выявлены во всех случаях, трем пациентам потребовалось выполнение инвазивных диагностических методов. В одном случае диагноз подтвержден после смерти пациента. У 60 % пациентов была сопутствующая вирусная и/или бактериальная инфекции. Противотуберкулезная терапия проводилась по протоколам, включающим в себя применение изониазада, этамбутола, рифампицина. В качестве иммуносупрессивной терапии использовалась тройная схема, у 60 % пациентов применялся циклоспорин, у остальных такролимус. После развития туберкулеза иммуносупрессия редуцировалась во всех случаях. В течение противотуберкулезной терапии гепатотоксичность зарегистрирована только у одного пациента. В результате противотуберкулезной терапии 4 пациента вылечились с функционирующим трансплантатом, летальный исход — у пациента с тяжелой сопутствующей бактериальной инфекцией.

ВЫВОДЫ

Длительность гемодиализной терапии до трансплантации почки повышает риск развития туберкулеза. Симультанная оппортунистическая инфекция значительно повышает риск смерти пациентов. Ранняя диагностика, своевременная многокомпонентная противотуберкулезная терапия, а также тщательный мониторинг иммуноссупрессивной терапии, функции трансплантата способствует не только успешному лечению пациента, но и сохранению функции трансплантата.

Е.П. Иванова, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.В. Дерягин, Н.В. Канюшкин

АКТИВИЗАЦИЯ МЫШЕЧНО-ВЕНОЗНОЙ ПОМПЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОККЛЮЗИВНЫХ ТРОМБОЗАХ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Частота острого венозного тромбоза в общей популяции ежегодно составляет 50 – 70 новых случаев заболевания на 100 000 населения. В пожилом и старческом возрасте частота острой венозной окклюзии возрастает в несколько раз (до 200 случаев на 100 000 населения в год). Тяжесть посттромботической болезни прямо пропорциональна протяженности поражения венозного русла.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Согласно Российским клиническим рекомендациям по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений от 27.11.2009 (Москва): «до инструментального обследования больным с ТГВ должен быть предписан строгий постельный режим для снижения риска ТЭЛА. После обследования пациенты с окклюзивными и пристеночными формами венозного тромбоза сразу могут быть активизированы». В жизни многие хирурги при окклюзивных тромбозах назначают строгий постельный режим с возвышенным положением конечности в течение 7 – 14 дней.

При окклюзивном характере тромбоза магистральной вены мы всем пациентам при госпитализации в клинику назначаем активный палатный режим, госпитальный эластический трикотаж, разрешаем (заставляем) ходить.

На начальной стадии заболевания, при наличии определенной толерантности к физической нагрузке пациентам с острым тромбозом в системе нижней полой вены рекомендуем чередование ходьбы с постуральным дренажем. Сигналом к необходимости отдыха в горизонтальном положении считаем возникновение распирающих болей в конечности. Подобный двигательный режим способствует не только скорейшей активизации больного, но и снижает риск рецидива тромбоза из-за регулярной работы мышечно-венозной помпы голени. Кроме того, проведенные исследования показали, что активизация пациента достоверно не увеличивает частоту легочной эмболии [Кириенко А.И.].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 2011 года в условиях муниципальной больницы ультразвуковое исследование бассейна нижней полой вены позволило выявить окклюзивный венозный тромбоз у 185 больных в послеоперационном периоде. Большинство пациентов (122) были активизированы с первых часов от момента госпитализации, 63 больных находились на постельном режиме в связи с костной травмой нижних конечностей (переломы шейки и диафизов бедра). Применение активного режима позволило избежать развития массивной ТЭЛА в этой группе пациентов. Клиника острой венозной обтурации регрессировала у 112 (92 %) пациентов к моменту выписки из стационара. Дальнейшая амбулаторная реабилитация позволила добиться стойкой компенсации венозного застоя у 107 (87 %) человек.

ВЫВОДЫ

Применение активного режима в лечении острой венозной окклюзии не увеличивает число тромбоэмболических осложнений, позволяет избежать тяжелых форм постромботической болезни.

Назначение строгого постельного режима в остром периоде окклюзивного тромбоза в настоящее время недопустимо.

Е.П. Иванова, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Н.В. Канюшкин, Е.В. Дерягин

ФЛОТИРУЮЩИЙ ТРОМБОЗ СУПРАРЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Флотирующий венозный тромбоз супраренального отдела нижней полой вены неизбежно приводит к тромбоэмболии бассейна легочных артерий.

Цель исследования: улучшение результатов лечения флотирующего тромбоза на уровне супраренального отдела нижней полой вены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены. Чаще всего используется доступ по Пирогову, срединная лапаротомия, лапаротомия в правом подреберье по Федорову, реже торакофренолюмботомия справа.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Мы имеем опыт лечения 112 венозных тромбозов илеокавального сегмента. В случаях распространения флотирующего тромба на супраренальный отдел нижней полой вены 23 пациентам произведена тромбэктомия флотирующего участка тромба из супраренального отдела нижней полой вены, с последующей перевязкой общей подвздошной вены выше окклюзивного тромба в ней. Для этого применен лоскутообразный внебрюшинный доступ к нижней полой вене, с целью временной ее окклюзии, для предупреждения отрыва тромба во время вмешательства (патент на изобретение № 2188586 от 22.02.00. «Способ доступа к супраренальному отделу нижней полой вены»). У 3-х пациентов флотирующий тромб был фиксирован в инфраренальном отделе с флотацией, продолжающейся до правого предсердия. Выполнялась операция тромбэктомия через ушко правого предсердия в условиях временной окклюзии легочного ствола и тромбэктомия из нижней полой вены. У всех 23 пациентов удалось избежать развития массивной тромбоэмболии легочных артерий. Два пациента погибли от прогрессирующей легочной недостаточности в результате сегментарной и долевой тромбоэмболии легочных артерий.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Учитывая нетранспортабельность пациентов с эмбологенными венозными тромбозами, адекватное оперативное лечение, предупреждающее отрыв тромба должно быть выполнено в любом хирургическом стационаре. Применяемые доступы к подвздошным и нижней полой вене травматичны и не всегда обеспечивают выполнение адекватной временной интраоперационной окклюзии надпочечного сегмента нижней полой вены.

В случае распространения тромботического процесса на бассейн супраренального отдела нижней полой вены поперечный и лоскутообразный доступы позволяют надежно и адекватно выполнить тромбэктомию, избежать развития интраоперационной тромбоэмболии легочной артерии. При развившейся во время операции массивной тромбоэмболии легочной артерии бригада хирургов должна быть готова к проведению эмболэктомии из легочной артерии.

ВЫВОДЫ

Флотирующий тромбоз супраренального отдела нижней полой вены требует хирургического вмешательства, которое необходимо выполнять в любом хирургическом стационаре, учитывая нетранспортабельность этой категории больных.

Применение предложенного доступа позволяет устранить флотацию на уровне супраренального отдела нижней полой вены и избежать массивной тромбоэмболии легочных артерий.

В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, А.Ю. Никифоров, Л.А. Кривошапкина, И.А. Холтосунов

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Цель: изучение результатов хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 6 лет, с 2006 по 2011 г., в отделении колопроктологии пролечились 129 больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза. Средний возраст пациентов составил 62,5 лет. Мужчин — 54 (41,8 %), женщин — 75 (58,1 %). Большинство больных (98 %) госпитализировались более чем через 48 часов после начала заболевания. У 85 % больных имелись различные сопутствующие за-

болевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, хронические заболевания легких).

У 36 (27,9 %) пациентов имелась опухоль сигмовидной кишки, в 36 (27,9 %) случаях опухоль прямой кишки, у 23 (22,3 %) больных — опухоль нисходящего отдела толстой кишки, у 22 (17 %) — опухоль восходящего отдела толстой кишки, в 11 (8,5 %) — опухоль поперечной кишки, слепая кишка — 1 (0,97%), первично-множественное поражение — 1 (0,97 %). По классификации TNM — 86,8 % (112 пациентов) с III и IV стадией.

Степень выраженности клинической и рентгенологической картины кишечной непроходимости, а также наличие симптомов перитонита определяли сроки и объем предоперационной подготовки и объем оперативного вмешательства.

Мы используем классификацию толстокишечной непроходимости ГНЦ колопроктологии: 1 стадия — компенсированная, 2 стадия — субкомпенсированная, 3 стадия — декомпенсированная.

В 97 (75,2 %) случаях больные были оперированы в первые часы после поступления, 16 (12,4 %) больных — до 2-х суток. До 3-х суток были оперированы 6 (4,6 %) больных, до 4-х суток и более — 10 (7,7 %) пациентов.

Объем операции определялся степенью выраженности онкопроцесса, наличием осложнений (перфорация, перитонит, прорастание в окружающие органы). Основным методом операции в экстренном порядке было удаление опухоли с выведением стомы или при нерезектабельности опухоли — выведение стомы или наложение обходного анастомоза. Обязательным являлось выполнение назоинтестинальной интубации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 35 (27 %) больных: у 10 непроходимость кишечника на ранних сроках послеоперационного периода, у 20 развился перитонит различного генеза, у 5 больных наблюдался некроз стомы. Летальный исход был в 11 (8,5 %) случаях.

У 68 (52,7 %) больных в дальнейшем была проведена реконструктивно-восстановительная операция.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты хирургического лечения больных с толстокишечной непроходимостью опухолевого генеза неутешительны: довольно высок уровень послеоперационных осложнений и летальности. Представляется возможным рассмотреть вопрос о двухэтапном лечении непроходимости с применением на первом этапе малоинвазивных методик с учетом степени непроходимости и интраабдоминальной гипертензии.

В.Г. Игнатьев, В.М. Михайлова, А.А. Соловьев, И.А. Холтосунов, Л.А. Кривошапкина, А.Ю. Никифоров

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗА МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи, колопроктологическое отделение (Якутск)

Тромбоз мезентериальных сосудов — исключительно тяжелое заболевание. Явления нарастают очень быстро и в большинстве случаев заканчиваются летально. Диагноз большей частью до операции не устанавливается. В ряде случаев тромбоз может возникнуть у человека, не предъявлявшего никаких жалоб.

Цель: изучение результатов лечения больных с острым тромбозом мезентериальных сосудов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2008 по 2011 гг. в отделении колопроктологии Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска Республики Саха (Якутия) было всего пролечено 23 больных по поводу тромбоза мезентериальных сосудов. Преобладали мужчины — 15 (65,2 %), возрастом от 46 до 85 лет. Женщин — 8 (34,8 %), возраст от 47 до 80 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям машиной скорой медицинской помощи доставлено 19 человек (82,6 %), двое пациентов переведены из других лечебных учреждений (8,7 %) и двое — самообращение (8,7%). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более, после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями перитонита. Все больные с нарушениями сердечно-сосудистой системы.

Предоперационные обследования включали в себя общеклинические, рентгенологические, эндоскопические, морфологические и ультразвуковые методы исследования. Всем больным было проведено оперативное лечение по экстренным показаниям. После установления диагноза, учитывая тяжесть со-

стояния больных, которая определялась характером основной патологии и осложнениями, наличием сопутствующих заболеваний в среднем в течение 12 часов, в зависимости от тяжести состояния, проводили предоперационную подготовку, направленную на коррекцию гомеостаза и компенсацию нарушенных функций организма. Проведение такой подготовки проводились в условиях реанимационного отделения.

Объем оперативного лечения определялся интраоперационно, в зависимости от вида тромбированного сосуда и распространенности некроза на фоне крайне тяжелого состояния. У 14 больных отмечен тромбоз верхней брыжеечной артерии, у 5 — сочетанный тромбоз верхней и нижней брыжеечной артерии, у 2-х — тромбоз *a. ileocolica*, 2 — тромбоз нижней брыжеечной артерии. Во всех случаях заболевания выявлен некроз кишечника. Выполнены следующие операции: субтотальная резекция тонкой кишки, гемиколэктомия справа с выведением еюностомы — 4; резекция тонкой кишки + гемиколэктомия справа с наложением еюнотрансверзоанастомоза — 9; гемиколэктомия слева — 2; гемиколэктомия справа — 2; диагностическая лапаротомия проведена в 6 случаях. Выполнение тромбэктомии было обязательным.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Умерло 18 пациентов, летальность — 78,3 %. Уровень летальности напрямую зависит от уровня мезентериального тромбоза. Послеоперационные осложнения при остром тромбозе брыжеечных сосудов не обращают на себя особо внимания ввиду краткости послеоперационного периода у большинства больных и быстро наступающей смерти от основного заболевания. У выживших пациентов послеоперационные осложнения со стороны сердечно-легочной системы, осложнений со стороны раны и анастомоза не было.

ВЫВОДЫ

Высокая летальность при остром тромбозе мезентериальных сосудов обусловлено тем, что эти больные поступают поздно, в запущенном состоянии. Только при ранней диагностике возможно применение современных средств борьбы с данным заболеванием. Явления перитонита, шок и состояние тяжелой интоксикации играют значительную роль в летальных исходах и часто служат причиной смерти больного.

Н.Н. Игнатьева, В.В. Игнатьев

ДИАГНОСТИКА ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

ГБУ Поликлиника № 1 (Якутск)

В настоящее время операции по поводу острого холецистита стали наиболее частыми в ургентной хирургии. Количество осложненных форм холелитиаза достигает 35 %. Большинство больных — люди пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Летальность — 2,5 %. Именно поэтому очень важно вовремя установить диагноз желчнокаменной болезни, особенно острого деструктивного холецистита и механической желтухи.

Цель исследования: определить комплекс диагностических мероприятий у больных желчнокаменной болезнью в условиях поликлиники, дальнейшую тактику.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2010—2011 г. в поликлинике № 1 выявлено 224 больных с желчнокаменной болезнью. Возраст — от 19 до 86 лет. Женщин — 87 %, мужчин — 13 %. Состояние больных оценивалось как удовлетворительное или средней тяжести. Всем пациентам, кроме объективного осмотра и физикального обследования проводились следующие диагностические мероприятия: общий анализ крови и мочи, свертываемость крови, группа крови и резус фактор, стафилококк из зева и носа, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ФЭГДС. Больным с желтухой проводилась дифференциальная диагностика желтухи. Дополнительно проводили анализ крови на билирубин, АсАТ, АлАТ, маркеры вирусных гепатитов, сахар. При выраженном болевом синдроме производили инъекции анальгетиков и спазмолитиков, направляли в дневной стационар.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После проведенных исследований 9 (4,1 %) больным установлен диагноз: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит; 210 (93,7 %) больным — желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит; 5 (2,2 %) больным — желчнокаменная болезнь, механическая желтуха.

В Республиканскую больницу № 2 — Центр экстренной медицинской помощи направлено 9 (4 %) больных, в Республиканскую больницу № 1 — Национальный центр медицины — 128 (57,5 %) больных. На амбулаторное лечение направлено 87 (38,5 %) больных. Прооперировано 115 (51 %) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболеваемость желчнокаменной болезнью с каждым годом увеличивается. Диагностические мероприятия включают в себя: объективный осмотр, общий анализ крови, биохимический анализ крови. Основным методом инструментальной диагностики является ультразвуковое исследование. Преимущество его в неинвазивности, быстроте и отсутствии противопоказаний. Однако при постановке диагноза основным критерием является клиническая картина. Отмечается повышение качества, быстроты и доступности медицинского обслуживания в поликлинике № 1. В связи с этим, больные, нуждающиеся в оперативном вмешательстве, своевременно направляются в соответствующие стационары.

Ц. Ишдорж, Б. Ганзориг, Б. Эрдэнэбилэг, А.И. Цыдыпов

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИЙ МЕЛКОУЗЛОВАТОГО ЗОБА

Центральная клиническая больница № 1 (Улан-Батор)

ВВЕДЕНИЕ

Узловатый зоб занимает ведущее место среди эндокринных заболеваний, и с каждым годом число заболевающих растет.

По сведениями ВОЗ, на нашей планете более 800 миллионов человек болеют каким-нибудь тиреойдным заболеванием; среди которых 300 миллионов больных узловатым зобом. При амбулаторном осмотре, у 4 – 7 % всей популяции выявляют узловатый зоб.

Консервативное лечение узловатого зоба не всегда заканчивается успешно. А хирургическое лечение имеет высокий расход, высокий риск хирургических травм и послеоперрационных рецидивов.

При мелкоузоватом зобе хирургическое лечение становится инвазивным, поэтому мы предпочитаем малоинвазивный и более результативный метод.

В клинической практике некоторых цивилизованных стран, при узловатом зобе применятся следующие малоинвазивные методы: воздействовать физической и химической реакцией путем склерозирования и рубцевания под эхосонографическим контролем. Этот метод воздействия на очаг стали применять в нашей практике в последнее время.

В Центральной клинической больнице № 1, при 4 – 5-летнем соотрудничестве нашего хирургического отделения с ультрасонографическим отделением, при мелкоузловатом зобе мы делаем пункцию под эхосонографическим контролем.

В практике нашей страны, при мелкоузловатом зобе, выявленном при амбулаторном осмотре, не во всех случаях возможно сделать операцию. Поэтому мы предлагаем нашим пациентам применять малоинвазивный метод. Из этого следует цель нашего исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С мая 2006 по март 2012 г., при сотрудничестве врачей ультрасонографического отделения мы сделали склерозирующую терапию 237 пациентам при ультрасонографическом контроле в 750 случаях (некоторым пациентам делается 1 – 3 контроля). При исследовании мы использовали эхосонографические аппараты Японской фирмы Aloka – SSD 650, Корейской фирмы Sono Ase – 8800 и Gala MT.

Посттерапевтические результаты:

1. Каждый месяц мы контролировали изменения в размерах и в структурах под эхосонгорафическим контролем.
2. Выявляли рубцевание, если видны были рубцовые изменения.
3. Контролировали размер склерозированных мелкоузловых зобов.
4. Клинически с каждым месяцем количество жалоб пациентов снижалось.

В посттерапевтическом периоде, каждый месяц вычисляли емкость для выяления динамических и рубцовых изменений. Локализацию и размер контролировали эхосонографически. Емкость вычисляли по следующим уравнениям:

$A \times B \times C \times 0{,}479$ = Объем узла. 0,479 = коэффициент Эллипсойда

Объем узла, мл	Доза пункцирующего вещества, этооксисклерол 3%	Число пациентов
0,5–1,0	0,5– 0,7 мл	143
1,0–1,5	1,0–1,2 мл	57
1,5–2,0	Примерно 1,5 мл	37

Среди 237 пациентов с мелкоузловатым зобом, из которых 143 (70,8 %) пациента были с объемным образованием размером 0,5 – 1,0 мл, 57 (20 %) пациентов было с объемным образованием размером 1,0 – 1,5 мл, 37 (9,2 %) пациентов – 1,5 – 2,0 мл. От объема узла зависела доза пункцирующего химического вещества.

При объеме 0,5 – 1,0 пункцировали 0,5 – 0,7 мл ЭОС, при 1,0 – 1,5 мл пункцировали 1,0 – 1,2 мл ЭОС; 1,5 – 2,0 мл пункцировали 1,5 мл 3%-ого ЭтоОксиСклерола.

Вышеупомянутый наш метод не дал никаких результатов 11 (4,29 %) пациентам из-за: ошибки в асептике, неправильного вычисления объема.

ВЫВОДЫ

1. В 95,71 % склерозирующая терапия была результативной.
2. Лечение этим методом узловатых зобов с объемом более 2,0 мл никаких результатов не дало.

С.В. Ишутин, А.В. Роговченко, Д.А. Островский, А.Ю. Субботин

ГРЫЖЕСЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АВТОНОМНОГО ОТ СТАЦИОНАРА АМБУЛАТОРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

МБУЗ «Городская поликлиника № 1» (Благовещенск)

Повышение эффективности медицинской помощи всегда волновало врачей. Одним из путей движения в этом направлении является развитие амбулаторной хирургии. Она позволяет повысить охват населения различными видами медицинской помощи, разгрузить стационары, снизить финансовые расходы на лечение.

В МБУЗ «Городская поликлиника №1» г. Благовещенска амбулаторно выполнено 122 грыжесечения по поводу паховых, вентральных, пупочных грыж.

Больных с паховыми грыжами оперировано 55, с пупочными грыжами – 53, с вентральными грыжами – 14. Мужчин оперировано 95 (78,2 %), женщин – 27 (21,8 %). Средний возраст больных составил 48,2 года, т.е. самый трудоспособный возраст. Временная нетрудоспособность больных составила в среднем 20,4 дня.

Больные оперированы под местной (35 пациентов) и общей (87 пациентов) анестезией.

Применялись натяжные и ненатяжные способы герниопластики. При пупочных грыжах у 20 выполнены различные модификации натяжной герниопластики (по Мейо, по Сапежко), у 33 пациентов использовался аллотрансплантат – сетка «Пролен». При послеоперационных вентральных грыжах небольших размеров выполнена герниопластика по Сапежко у 5 больных, в 9 случаях использовался аллотрансплантат.

Больной до операции обследуется согласно стандартам у хирурга поликлиники. В день операции госпитализируется в дневной стационар. Операции выполняли под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина, или под сбалансированной внутривенной анестезией пропофолом. При паховых грыжах выполняли пластику по Лихтенштейну (54 пациента), лапараскопическая гернионпластика по Корбитту (выполнена у одного пациента). При других грыжах передней брюшной стенки пластику местными тканями укрепляли сеткой. Больного после операции переводят в послеоперационную палату для ближайшего наблюдения. Уточняются режим поведения, диета, назначают ненаркотические анальгетики в таблетированной форме. Через 4 часа после операции при отсутствии ближайших осложнений больного отпускают домой, предварительно сделав инъекцию анальгетика. Вечером с больным проводится беседа по телефону о его состоянии. На следующий день больной самостоятельно приезжает на перевязку и осматривается оперирующим хирургом. При гладком течении послеоперационного периода швы снимают на 7 сутки.

Выявлены следующие осложнения: у 4 больных отмечена ограниченная серома в подкожной клетчатке (больные с пахово-мошоночной грыжей). 1 ограниченная гематома мошонки так же у пациента с пахово-мошоночной грыжей. После пункционной эвакуации (от однократной, до трехкратной пункции) серомы, заживление раны по типу первичного натяжения. Отмеченные осложнения не потребовали госпитализации больных в стационар. Отмечен один рецидив грыжи, через 10 месяцев после операции, у больного с паховой рецидивной грыжей (возраст 73 года, сопутствующая ДГПЖ 1 ст.)

Таким образом, дальнейшее совершенствование самой методологии хирургии одного дня, использование новых технологий расширяет возможности амбулаторной хирургии.

Н.В. Канюшкин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Е.В. Дерягин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Отсутствие русла при облитерирующих заболеваниях конечностей неизбежно приводит к развитию критической ишемии, что часто приводит к ампутациям, сопровождающимся высокой летальностью из-за прогрессирующей ишемии тканей конечности.

Цель исследования: хирургическая профилактика критической ишемии при многоэтажном и распространенном поражении артерий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В группе исследования 44 пациента с транзиторной ишемией до 200 м ходьбы. Сахарным диабетом страдали 18 человек. Мужчин было 29, женщин — 15, средний возраст составил 65 лет. Уровень поражения сосудистого русла: аорто-подвздошный сегмент — 7, бедренный — 21, артерии голени — 12, поражение бедренно-подколенно-берцового сегмента — 2. Всем пациентам в условиях общехирургического отделения муниципальной больницы произведена реваскуляризирующая остеотрепанация конечности по Ф.Н. Зусмановичу. Отдаленные результаты изучены через 6—12 месяцев после операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У всех пациентов отмечен положительный результат после оперативного лечения. При этом дистанция ходьбы у пациентов с поражением берцового сегмента возросла до 500—600 м; бедренного до 300—400 м; аорто-подвздошного дистанция до 250—300 м.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Реконструктивные операции (протезирование, шунтирование, стентирование) при окклюзионном поражении сосудистого русла и транзиторной ишемии нижних конечностей (до 200 м) имеют недостаточно прогнозируемый результат лечения. У 15—16 % развиваются послеоперационные тромбозы реконструируемых сегментов с развитием острой ишемии конечности, у 3—4 % кровоток не удается восстановить, что приводит к потерям конечностей и увеличению летальности после реконструктивных операций. Реваскуляризирующая остеотрепанация по Ф.Н. Зусмановичу при транзиторной ишемии до 200 м ходьбы гарантировано приводит к регрессу хронической ишемии и позволяет избежать осложнений, присущих реконструктивным операциям.

ВЫВОДЫ

Стимуляция коллатерального кровообращения при транзиторной ишемии в условиях общехирургического отделения муниципального лечебного учреждения, позволяет избежать развития критической ишемии конечностей.

Реваскуляризирующая остеотрепанация конечности по Ф.Н. Зусмановичу дает возможность увеличить дистанцию ходьбы в два раза при транзиторной ишемии конечности и избежать реконструктивной операции на артериях.

Н.В. Канюшкин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Е.В. Дерягин

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИЕЙ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Ежегодно в России 50 000 человек теряют конечности в результате сахарного диабета. Особенностью диабетической ангиопатии является сочетанный характер поражения всего артериального русла. Даже

при сохраненном магистральном кровотоке может наступить ишемическая деструкция тканей стопы и привести к ампутации. Профилактике некротических изменений при атеросклерозе и сахарном диабете посвящено наше исследование.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании участвовали пациенты с окклюзионными поражениями артерий нижних конечностей дистальнее паховой связки. Окклюзии были обусловлены атеросклеротическим процессом, сахарным диабетом. У всех пациентов имелась транзиторная ишемия менее 50 м ходьбы, без болевого синдрома покоя и некротических изменений. Мужчин было 9, женщин 33, средний возраст пациентов составил 62 года. Из 42 больных 18 имели инсулинозависимый и 24 инсулинонезависимый тип сахарного диабета.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2 года в хирургическом отделении муниципальной больницы оперировано 42 пациента с клиникой транзиторной ишемии нижних конечностей менее 50 м ходьбы, в результате окклюзии артерий голени и бедра. На протяжении 2 – 3 месяцев до операции больным проводилась коррекция соматической патологии, углеводного обмена и микроциркуляции. Всем пациентам в условиях мониторинга под внутривенным обезболиванием произведена реваскуляризирующая остеотрепанация конечности по Ф.Н. Зусмановичу. Продолжительность операции не превышала 30 минут. После оперативного вмешательства контролировался уровень глюкозы крови, проводилась коррегирующая терапия гликемии. Отдаленные результаты изучены через 6 – 12 месяцев у всех оперированных больных. У 11 дистанция ходьбы увеличилась до 200 м (400 %), у 19 – до 150 м (300 %), у 12 – до 100 м (100 %).

ВЫВОДЫ

В условиях общехирургического отделения муниципальной больницы возможно оказание хирургической помощи при поражении магистрального артериального русла в результате атеросклероза, сахарного диабета на уровне бедренно-подколенно-берцового сегмента.

Реваскуляризирующая остеотрепанация по Ф.Н. Зусмановичу дает возможность на 100 – 400 % увеличить дистанцию ходьбы при транзиторной ишемии конечностей менее 50 м ходьбы при атеросклеротическом поражении и сахарном диабете.

Н.В. Канюшкин, Е.П. Иванова, Е.В. Дерягин, А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

За последние десятилетия сосудистая хирургия добилась определенных успехов в лечении больных с облитерирующими заболеваниями (Ратнер Г.Л., 1965; Покровский А.В. и соавт., 1979, 1989; Слуцкер Г.Е., 1996; De Bakey M.E. et al., 1964). Восстановительные операции на артериях позволяют избежать потери конечности и сохранить ее функцию в 73 – 80 % случаев через 3 года и 66 – 79 % через 5 лет (Покровский А.В., 1977; Покровский А.В., Чупин А.В. с соавт., 1985 – 2002; Белов Ю.В., 2000; Дан В.И., 1999). Однако проведение артериальных реконструкций возможно далеко не у всех больных. По данным А.В. Покровского (1994) и В.С. Савельева (1997), данные операции удаются не более чем у 70 – 75 % пациентов, что обусловлено часто встречающимся многоуровневым, «нереконструктабельным» поражением магистральных артерий нижних конечностей. При окклюзии или стенозе артерий, имеющих небольшой диаметр и нарушения микроциркуляции, даже микрохирургическая техника не дает благоприятных результатов (Савченко А.И., 1982; Вахидов В.В. и соавт., 1985; Казаков Ю.И., 1989). Вместе с тем у 15,6 – 25 % больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей выполняются первичные ампутации (Белов Ю.В. и соавт. 1997; Гавриленко А.В. и соавт. 2001; Каримов З.З. и соавт. 2001). Поэтому поиск и совершенствование новых, эффективных способов лечения данной патологии имеет важное значение.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с критической ишемией нижних конечностей при отсутствии условий для прямой реваскуляризации, путем использования реваскуляризирующей остеотрепанации в условиях неспециализированного хирургического стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У больных с критической ишемией, при наличии болевого синдрома покоя и некротических изменений дистальных отделов конечностей выполнена операция Реваскуляризирующая остеотрепанация по Зусмановичу-Илизарову. Пролечено 25 больных в возрасте 50—80 лет (средний возраст 55,5 ± 1,5 года), из числа которых 18 имели фоновое заболевание — сахарный диабет 2 типа. Операция реваскуляризирующая остеотрепанация выполнялась при гангренозно-некротической степени ишемии нижних конечностей 25 больным. После лечения у всех 25 больных оценивалось клиническое состояние, производился контроль через 3—6 месяцев. Находясь на стационарном лечении, больные получали сосудистую консервативную терапию в течение 10 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

У 16 больных из 25 с гангренозно-некротической степенью ишемии нижних конечностей удалось сохранить конечность, выполнив экономные резекции и ампутации дистальных отделов стопы, 8 больным выполнена ампутация конечности на уровне бедра, так как имело место прогрессирование некротического процесса из-за высокого уровня окклюзии магистральных сосудов.

ВЫВОД

Реваскуляризирующая остеотрепанация по Зусмановичу-Илизарову позволяет избежать высокой ампутации бедра при критической ишемии в условиях общехирургического отделения в 64 %.

И.В. Кастыро, В.И. Попадюк, А.В. Зализко, О.С. Ключникова, М.В. Стефанова

СРАВНЕНИЕ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ И ПОЛИПОТОМИИ НОСА

ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов» (Москва)

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Мы поставили перед собой ряд задач: оценить уровень послеоперационной боли у пациентов с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом, сравнить послеоперационную боль с указанной патологией, выяснить, возможен ли одинаковый подход при послеоперационном обезболивании у двух групп пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 47 здоровых мужчин в возрасте от 20 до 39 лет. В 1 группу вошло 24 человека с искривлением перегородки носа, во 2 группу — 23 человека с полипозным риносинуситом. В качестве премедикации были назначены растворы кеторола 1 мл, реланиума 2 мл и димедрола 1% 1 мл внутримышечно. При искривлении перегородки носа выполнялась риносептопластика под местной анестезией 1% раствора новокаина. Полипотомия носа осуществлялась под местной аппликационной анестезией 10% раствора лидокаина. После операции производилась рыхлая марлевая тампонада носа с мазью левомиколь. Тампоны удалялись из полости носа через 2 суток. Уровень послеоперационной боли оценивался с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), вербальной шкалы-«молнии» (ШМ). Пациенты отмечали уровень боли вертикальной чертой в той области шкал, которая соответствовала интенсивности испытываемой ими боли. Шкалы демонстрировали пациентам раздельно через 2—3 часа и 24 часа после операции. Анальгетики назначались пациентам с превышением уровня боли в 25 мм.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Уровень послеоперационной боли после септопластики в первые 2—3 часа после операции у 65 % пациентов превысил отметку в 25 мм, а у 65 % больных после полипотомии носа он не поднялся выше 25—30 мм. Через 24 часа в 1 группе интенсивность уровня послеоперационной боли снизилась и превысила 25 мм лишь у 48 % опрошенных. Во 2 группе результаты, напротив, были отличны от тенденции первой группы: у 60 % больных боль превысила 25 мм.

ВЫВОДЫ

У пациентов 1 группы уровень боли был выше в первый час и снижался в первые сутки после хирургического вмешательства. Во второй группе боль нарастала к первым суткам после операции. Интенсивность уровня послеоперационной боли в ранний послеоперационный период у больных после септопластики отличается от такового у пациентов после полипотомии.

С.С. Клоков, А.П. Кошель, В.А. Алексеев, Т.Г. Жерлова

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Цель: улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с ахалазией кардии путем разработки стратегии выбора оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2000 по 2011 г. операции по поводу ахалазии кардии выполнены у 75 больных. В том числе было 34 мужчины и 41 женщина в возрасте от 27 до 78 лет. Степень ахалазии кардии определяли по классификации Б.В. Петровского (1957). При этом II степень заболевания выявлена у 25 пациентов, III — у 28, и у 22 пациентов имела место ахалазия кардии IV степени. Длительность заболевания — от 6 мес. до 15 лет ($m = 7{,}4 \pm 1{,}3$ года).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Разработаны и внедрены в клинику оригинальные методики операции при ахалазии кардии, в зависимости от степени заболевания (Патенты РФ № 2242934; 2286720).

При ахалазии IV степени выполняется операция демукозация пищевода с проведением в остающемся мышечном футляре желудочного трансплантата.

Наличие ахалазии кардии II—III степени реже является показанием к оперативному лечению, вместе с тем, у части больных возникает настоятельная необходимость хирургической коррекции. В этой связи большую помощь оказывает углубленное обследование. Так, признаками ахалазии кардии, подлежащей оперативному лечению, являются: повышение давления нижнего пищеводного сфинктера (НПС) более 42 мм рт.ст.; отсутствие пищеводной перистальтики или ее значительное ослабление; расслабление НПС при глотании менее чем на 60 %. Проба с сибазоном и спазмолитиком позволяет отдифференцировать ахалазию кардии от кардиоспазма. Наличие одного, а тем более сочетание нескольких симптомов по данным инструментальных исследований является показанием для хирургической коррекции у этих больных, которым выполняется тотальная демускуляризация суженного отдела пищевода с селективной проксимальной ваготомией и формированием инвагинационного клапана в кардиоэзофагеальной зоне.

Все больные после операции поправились. Средний послеоперационный койко-день составил $11{,}5 \pm 2{,}7$ сут. после первого варианта операции и $8{,}5 \pm 1{,}7$ сут. — после второго.

Рецидивов заболевания в сроки до 5 лет не было. Больные трудоспособного возраста вернулись к прежней работе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сформированные искусственный «пищевод» и «кардия» сохраняют свою органическую и функциональную состоятельность, обеспечивая высокий уровень качества жизни больных и отсутствие рецидивов заболевания во все сроки наблюдения.

А.П. Кошель, С.С. Клоков, Е.Б. Миронова, А.В. Карпович

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Ключевым моментом любого варианта панкреатодуоденальной резекции является панкреатоеюноанастомоз. Именно от функции данного соустья во многом зависит уровень качества жизни в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Исходя из этого, в нашей клинике проф. Г.К. Жерловым разработан и широко применяется способ панкреатодуоденальной резекции с формированием арефлюксного панкреатоеюноанастомоза.

Цель: изучить показатели качества жизни у больных после панкреатодуоденальной резекции по методике Г.К. Жерлова.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в клинике с 1999 по 2011 гг. радикальные операции выполнены у 103 больных, в том числе 57 мужчинам и 46 женщинам в возрасте от 29 до 74 лет. Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена у 71 (68,9 %) больного, пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция – у 32 (31,1 %). Показанием к оперативному лечению послужили рак головки поджелудочной железы 89 (86,4 %) и рак фатерова сосочка 14 (13,6 %) больных.

Послеоперационная летальность составила 7,8 %. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 30 пациентов, что составило 31,6 % (у части пациентов имело место сочетание 2 и более осложнений).

Средняя продолжительность жизни пациентов после радикальных операций составила 9,3 ± 2,7 мес. (от 4 мес. до 6 лет). При этом только два (2,2 %) из 89 больных с аденокарциномой поджелудочной железы пережили 5-летний рубеж. Среди пациентов с опухолью *p. Vateri* 5-летняя выживаемость составила 42,9 %.

Изучение качества жизни проводили в ранние (10 – 14 сутки), ближайшие (1,5 – 3 мес.) и отдаленные (более 6 мес.) сроки после операции с использованием универсального опросника GIQLI (ГИ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде отмечается максимально низкий уровень качества жизни (ГИ = 70,5 ± 7,2), особенно по шкалам «психическое состояние» и «физическое состояние», что связанно в первую очередь с операционной травмой. В ближайшем послеоперационном периоде отмечено повышение уровня качества жизни (ГИ = 93,5 ± 5,2). В сроки до года после операции общий уровень качества жизни увеличился в среднем на 8,6 % (по сравнению с ближайшим послеоперационным периодом) и составил 102,7 ± 6,2 балла. Среди причин, ухудшающих течение отдаленного послеоперационного периода, на первом месте были симптомы внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы, что требовало проведения медикаментозной коррекции (ферментные перпараты), иногда постоянной. Спустя три года после операции ГИ имел тенденцию к увеличению (110,3 ± 6,1). Основной «проблемой» оставались явления внешнесекреторной недостаточности, которые купировались назначением ферментных препаратов. Ни в одном случае не отмечено нарушений, характерных для рефлюкса кишечного содержимого в желчное дерево.

Таким образом, изучение качества жизни у пациентов в различные сроки после операции с формированием арефлюксных билиодигестивных анастомозов, показало, что формируемые соустья, обладая арефлюксными свойствами, предупреждают заброс кишечного содержимого в желчные протоки, предотвращая развитие такого тяжелого осложнения как рефлюкс-холангит, обеспечивая достаточно высокий уровень качества жизни оперированных больных.

А.П. Кошель, В.М. Воробьев, Д.Н. Чирков, Е.И. Маевский, В.Г. Круглов

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

ВВЕДЕНИЕ

Тактика при лечении больных с гастродуоденальными кровотечениями за последнее столетье пересматривалась неоднократно, вместе с тем, все методы ведения больных в той или иной степени укладываются в 3 основные тактических подхода: активный, активно-выжидательный и выжидательный. Число сторонников и противников каждого из них периодически меняется, что обусловлено развитием технического прогресса и фармацевтической промышленности, а также переосмыслением этиологии и патогенеза язвенной болезни.

Цель: обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 802 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1999 по 2011 г. Среди пациентов было 598 мужчин и 204 женщины в возрасте от 15 до 89 лет. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило 17 ± 2,7 ч.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 245 (30,6 %), язвенная болезнь ДПК – у 504 (62,8 %) поступивших, у 34 (4,2 %) пациентов имелись

сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 19 (2,4 %) – язвы гастроэнтероанастомоза (после операции Бильрот II).

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты с кровотечением *F-I-A* оперированы после короткой предоперационной подготовки в экстренном порядке. При наличии кровотечения *F-I-B* проводилась гемостатическая терапия, как медикаментозная, так и эндоскопическая. При неэффективности консервативного лечения (в течение 6 часов), пациентам предлагалось выполнение экстренной операции. Если через сутки интенсивной терапии сохранялась угроза кровотечения *(F-II-A, F-II-B,)* пациентам с длительным язвенным анамнезом настойчиво рекомендовалось выполнение срочной операции. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения *(F-II-C)* больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Из 782 пациентов оперировано 345 (44,1 %). В том числе экстренно – 46, в срочном порядке оперировано 128 пациентов.

Послеоперационная летальность составила 3,8 % больных. В том числе 9 пациентов, оперированных на фоне рецидивного кровотечения. Послеоперационные осложнения имели место у 12,2 %. Средний койко-день после операции составил 19,5 ± 3,3 сут.

Таким образом, считаем, что при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений следует более активно предлагать оперативное лечение. В случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-B необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология) возможно проведение консервативных мероприятий в условиях отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение, у этой группы больных, следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

В.Г. Круглов, А.П. Кошель

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития (Северск, Томская обл.)

Несмотря на несомненные успехи в изучении патогенеза острого панкреатита, внедрение современных технологий лечения, летальность при деструктивных формах заболевания сохраняется на уровне 20 – 30 % и более.

Цель исследования: поиск оптимальной тактики и выбор способа лечения острого панкреатита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1990 по 2011 г. под нашим наблюдением находился 1561 больной с острым панкреатитом, в том числе 705 мужчин и 856 женщины в возрасте от 21 до 80 лет. Средний койко-день составил 14,3 сут.

Отечная форма острого панкреатита имела место у 1341 (85,9 %) больных, деструктивные – у 220 (13,3 %) (в том числе геморрагический панкреонекроз – 118 (53,6 %) и жировой – 102 (46,4 %)). В диагностике использовали общепринятые лабораторные и инструментальные методы исследования. Оценка тяжести состояния больных при поступлении проводилась по шкале Ranson.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При наличии отечной формы панкреатита и количестве баллов по шкале Ranson менее 3-х пациентам назначали консервативное лечение, которое включало: антисекреторную терапию (5-фторурацил, сандостатин), парентеральные формы H_2 блокаторов или ингибиторов протонной помпы, антиферментные (контрикал, гордокс), при необходимости длительного (более 48 часов) голодания – назначали нутри-

тивную поддержку (зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями). Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корригировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4-х баллов), на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 204 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,7 %.

До 1999 г. методом выбора хирургического лечения была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминизацию поджелудочной железы, дренирование. С 2000 г. в лечении деструктивного панкреатита широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (4-я трубками в стандартных точках). Показанием к выполнению лапароскопии в динамике было: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 92 (41,8 %) пациентов, малоинвазивные вмешательства — у 128 (58,2 %).

После лапароскопических вмешательств умерло 22 (17,2 %) больных, после «открытых» — 35 (38,04 %). Общая летальность с диагнозом «панкреатит» составила 4,8 %, послеоперационная — 25,9 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых — малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов

ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Махачкала)

ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий существенно изменило подходы к лечению больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Важнейшими аргументами для вынесения суждения о преимуществах или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели оперативной летальности и осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезнью у лиц старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наш опыт применения различных доступов у 131 пациента старческого возраста (75 лет и выше) с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями: лапароскопическая холцистэктомия — 44, холецистэктомия из мини-доступа — 42, традиционная холецистэктомия — 45, показывает, что многие интра- и послеоперационные осложнения характерны как для миниинвазивных операций, так и оперативных вмешательств, выполненных из широкой лапаротомии. Среди 7 (16,1 %) осложнений, которые наблюдались при лапароскопической холцистэктомии, интраоперационные осложнения отмечены у 2-х (4,6 %) пациентов, послеоперационные — у 5 (11,5 %). При использовании холецистэктомии из мини-доступа, осложнения во время операции наблюдали у 2-х (4,7 %) больных, ранние послеоперационные — у 3-х (7,0 %). При традиционной холецистэктомии общее число осложнений составило 26,6 % (12) случаев. Из них интаоперационные осложнения наблюдали у 3-х (6,6 %) оперированных, послеоперационные — у 9 (20,0 %).

Местные интраоперационные осложнения в анализируемых группах больных встречались одинаково часто и составили при лапароскопической холцистэктомии — 4,8 %, холецистэктомии из мини-доступа — 4,9 % и при традиционной холецистэктомии — 5,0 %. Общие осложнения нами отмечены при лапароскопической холцистэктомии у 1,7 % пациентов, при холецистэктомии из мини-доступа и традиционной холецистэктомии этот показатель составил 0,9 % и 1,8 % соответственно в каждой группе. Наибольшее число послеоперационных осложнений наблюдали у пациентов, перенесших оперативное вмешательство

путем широкой лапаротомии – 16,8 %, при лапароскопической холцистэктомии этот показатель составил 11,9 % и при холецистэктомии из мини-доступа – 6,9 %. У больных, перенесших традиционную холецистэктомию, отмечен более высокий процент общих послеоперационных осложнений – 8,3 %, против 3,2 % при лапароскопической холцистэктомии и 1,8 % при холецистэктомии из мини-доступа. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались у 3,4 % оперированных традиционным путем и только у 0,8 % – после лапароскопической холцистэктомии, после же вмешательств путем холецистэктомии из мини-доступа, осложнений нами не выявлено.

Продолжительность операции лапароскопической холцистэктомии в среднем составила 60,20 ± 2,13 мин. При холецистэктомии из мини-доступа 58,9 ± 3,6 и 51,24 ± 3,36 при традиционной холецистэктомии. Продолжительность послеоперационного пребывания больных в стационаре составила: при лапароскопической холцистэктомии – 8,6 ± 1,4 койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ВЫВОДЫ

Все выше изложенное позволяет нам говорить о том, что лапароскопическая холцистэктомия – радикальная операция и помимо неоспоримых преимуществ несет в себе потенциальный риск развития сердечно-легочных осложнений, связанных с пневмоперитонеумом. Поэтому в старческом возрасте оперативное вмешательство на желчных путях открытыми способами могут быть предпочтительнее лапароскопических, холецистэктомия из мини-доступа позволяет выполнить полный объем вмешательств на желчных путях в щадящем варианте и результаты сопоставимы с лапароскопической холцистэктомией.

Н.В. Литвинова, М.Ф. Осипенко

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БИЛИАРНЫМИ БОЛЯМИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель исследования: выявить взаимосвязь между билиарными болями после холецистэктомии и данными анамнеза, фенотипическими, семейными особенностями, клиническими симптомами до операции, вариантом течения желчнокаменной болезни и видом оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось лечение больных желчнокаменной болезнью (n = 145) в возрасте от 21 до 83 лет (средний возраст 56,8 ± 14,18 г., медиана 58 лет), поступивших для холецистэктомии в Городские клинические больницы № 12 и № 25 Новосибирска. Перед холецистэктомией все больные были подробно клинически обследованы, проводилось заполнение специально составленных анкет с оценкой имеющихся симптомов, анамнеза. Через 6 месяцев после холецистэктомии проводился повторный опрос больных по телефону или при личном контакте с повторным заполнением анкет. При необходимости, больные подвергались клиническому обследованию. Через 6 месяцев опрос удалось провести у 126 человек (отклик составил 86,9 %). Диагноз желчнокаменной болезни был верифицирован у всех больных по данным ультразвукового исследования до холецистэктомии и подтвержден интраоперационно. Результаты обработаны с применением пакета статистических программ «SPSS 11.5».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена большая вероятность наличия билиарных болей через 6 месяцев после операции при имеющихся приступах желчной колики до холецистэктомии (OR 5,3; 95 % CI 2,06 – 3,41; $\chi^2 = 12,1$; $p = 0,001$) и при наследственности, отягощенной по желчнокаменной болезни (OR 2,7; 95 % CI 1,06 – 7,07; $\chi^2 = 4,3$; $p = 0,038$). Отношение шансов наличия билиарных болей после лапароскопической холецистэктомии составило 0,7 (95 % CI 0,17 – 1,59; $\chi^2 = 1,3$; $p = 0,034$). Корреляционный анализ через 6 месяцев после холецистэктомии у больных с бессимптомным течением заболевания выявил статистически значимую взаимосвязь появления билиарных болей после операции с наследственностью, отягощенной по желчнокаменной болезни (коэффициент Пирсона $r = 0,169$, $p = 0,016$).

ВЫВОДЫ

Через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни билиарные боли беспокоят 65,9 % больных. При исходно симптомном течении заболевания они сохраняются у 68 % больных, а при исходно бессимптомном течении впервые появляются у 57,7 % больных. Факторами, ассоциирован-

ными с наличием билиарных болей через 6 месяцев после холецистэктомии, являются наследственность, отягощенная по желчнокаменной болезни, независимо от варианта течения заболевания, и приступы желчной колики до операции. Шанс наличия билиарных болей уменьшается при лапароскопическом варианте холецистэктомии.

Н.В. Литвинова, Я.А. Фролов, М.Ф. Осипенко, Н.Б. Волошина

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель исследования: выявить взаимосвязь между гастроинтестинальными симптомами после холецистэктомии и данными анамнеза, фенотипическими, семейными особенностями, клиническими симптомами до операции, вариантом течения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и видом оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились больные желчнокаменной болезнью (n = 145) в возрасте от 21 до 83 лет (средний возраст 56,8 ± 14,18 г., медиана 58 лет), поступившие для холецистэктомии в Городские клинические больницы № 12 и № 25 Новосибирска. Перед холецистэктомией все больные были подробно клинически обследованы, проводилось заполнение специально составленных анкет с оценкой имеющихся симптомов, анамнеза. Через 6 месяцев после холецистэктомии проводился повторный опрос больных по телефону или при личном контакте с повторным заполнением анкет. При необходимости, больные подвергались клиническому обследованию. Через 6 месяцев опрос удалось провести у 126 человек (отклик составил 86,9 %). Диагноз желчнокаменной болезни был верифицирован у всех больных по данным ультразвукового исследования до холецистэктомии и подтвержден интраоперационно. Результаты обработаны с применением пакета статистических программ «SPSS 11.5».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обнаружена вероятность наличия через 6 месяцев после холецистэктомии синдрома диспепсии при возрасте больных старше 75 лет (OR 6,1; 95 % CI 1,55 – 23,02; $\chi^2 = 6,7$; $p = 0,010$). В группу риска по возникновению разнообразных гастроинтестинальных симптомов могут быть отнесены больные пожилого и старческого возраста, также лица, имеющие в анамнезе хронические обструктивные заболевания легких и избыточную массу тела, у которых холецистэктомия проведена по экстренным показаниям и/или из мини-доступа. Корреляционный анализ через 6 месяцев после холецистэктомии у больных с бессимптомным течением желчнокаменной болезни выявил статистически значимую взаимосвязь появления синдрома диспепсии после холецистэктомии (коэффициент Пирсона $r = 0,422$, $p = 0,032$). При бессимптомном течении при отягощенной по желчнокаменной болезни наследственности возрастает шанс наличия «горечи во рту» через 6 месяцев после операции (OR 1,58; 95 % CI 1,97 – 2,62; $\chi^2 = 4,3$; $p = 0,037$). После холецистэктомии при симптомном течении желчнокаменной болезни в возрасте больных старше 75 лет повышена вероятность запора (OR 4,9; 95 % Cl 1,12 – 21,15; $p = 0,003$) и синдрома диспепсии (OR 1,17; 95 % Cl 1,06 – 7,94; $p = 0,043$).

ВЫВОДЫ

Через 6 месяцев после холецистэктомии различные гастроинтестинальные симптомы беспокоят более половины больных: синдром диспепсии (37,4 % больных), нарушения пассажа по кишечнику (36,5 %), изжога (24,3 %), «горечь во рту» (42,5 %), тошнота (30,4 %) и «непереносимость жирной пищи» (62,5 %). Наличие симптомов изжоги и «непереносимости жирной пищи» через 6 месяцев после операции зависит от вида хирургического вмешательства: частота возрастает при открытых вариантах холецистэктомии и уменьшается при лапароскопическом методе. Симптом диспепсии связан с течением желчнокаменной болезни: его частота уменьшается при симптомном течении заболевания (с 83,5 % до 32 %, $p = 0,0001$) и беспокоит 42,3 % больных через 6 месяцев после операции при бессимптомном течении заболевания. Факторами риска наличия гастроинтестинальных симптомов через 6 месяцев после холецистэктомии в целом являются: возраст старше 75 лет, наличие хронических обструктивных заболеваний легких, проведение холецистэктомии открытым способом и/или по экстренным показаниям, наличие избыточной массы тела.

А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова

АРТИФИЦИАЛЬНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ИЗ СЕГМЕНТА ТОНКОЙ КИШКИ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

До 2009 г. в отделении урологии Клинического центра лечение больных с мышечно-инвазивным раком мочевого пузыря заключалось в резекции мочевого пузыря или его удалении с наложением двусторонней уретерокутаностомии. Резекция мочевого пузыря дает высокий процент рецидива опухоли мочевого пузыря, уретерокутаностомия налагает определенные неудобства для больного, связанные с необходимостью постоянного отведения мочи в мочеприемники. В связи с этим, создание искусственного мочевого пузыря с одномоментной экстирпацией стало стандартной методикой лечения рака мочевого пузыря во всем мире.

С 2009 г. по настоящее время в урологическом отделении КЦ выполнено 11 операций по поводу мышечноинвазивного рака мочевого пузыря. У 9 больных была стадия T2N0M0, у одного стадия T3N0M0, и у одного стадия T2N0M1. Средний койко-день, проведенный больными, составил 39,2, средний возраст больных 60,2 года. 2 больным по их просьбе выполнена операция цистпростатэктомия с наложением уретерокутаностом. 2 пациенткам из-за высокого риска развития недержания мочи у женщин выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру, 5 больным выполнена цистпростатэктомия с илеоцистопластикой по Хаутманну, 1 больному выполнена уретероилеокутаностомия по Бриккеру с последующей заменой на уретерокутаностомы и одному больному выведены уретерокутаностомы в связи с прорастанием образования в уретру и невозможностью выполнения кишечной пластики.

В раннем послеоперационном периоде у 2-х больных возникла несостоятельность уретровезикального анастомоза, ликвидированная эндоурологическими мероприятиями, причем эти осложнения возникли у больных, которым артифициальный мочевой пузырь был сформирован внутри брюшной полости, и, по нашему мнению, несостоятельность анастомоза была спровоцирована активацией кишечной перистальтики в раннем послеоперационном периоде. Учитывая возникшие осложнения, у 3-х больных мочевой пузырь был помещен в малый таз забрюшинно, таким образом, была ограничена подвижность мочевого резервуара — подобных осложнений после операции не было. У 2-х больных развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, разрешенная релапаротомией.

Через 1 год после операции 3 из 5 больных с артифициальным мочевым пузырем прошли контрольное обследование: ни у кого не было обнаружено прогрессирования злокачественного процесса. У всех больных сохранено самостоятельное мочеиспускание с удовлетворительным качеством. Ни у кого не отмечалось недержания мочи. Функция почек осталась неизменной. Выполненное цистоскопическое исследование контрольным больным показало полную адаптацию слизистой кишечного эпителия, достаточную емкость мочевого пузыря, отсутствие нарушений уродинамики. Уровень качества жизни у всех больных расценен как хороший.

Таким образом, внедрение и дальнейшее совершенствование методики энтероцистопластики позволяет сохранить социальную адаптацию больных, перенесших удаление мочевого пузыря.

А.В. Максимов, Т.С. Неустроев, Р.Р. Винокуров, А.Г. Местникова

ЛАЗЕРНАЯ КОНТАКТНАЯ ЛИТОТРИПСИЯ – НОВОЕ СЛОВО В ЛЕЧЕНИИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

Методика лазерной литотрипсии заключается в следующем. Под анестезией (эпидуральная, спинномозговая) в полость мочевого пузыря устанавливается эндоскоп, при локализации камня в полости мочевого пузыря цистоскоп 20 Ch (Ø 8 мм), если конкремент находится в просвете мочеточника или в чашечно-лоханочной системе — ригидный уретеропиелоскоп размером 9,5 Ch (Ø 3 мм). Через рабочий канал эндоскопа в операционное поле зрения доставляется лазерный световод диаметром 0,6 мм, подключенный к источнику лазерного излучения. Под видеоконтролем рабочий кончик световода контактирует с конкрементом и включается подача лазерной энергии мощностью 1,2 — 1,7 Дж с частотой 6 — 8 Гц. При этом энергия, переданная через световод, достигая поверхности камня, приводит к выпариванию его вещества. В камне образуются дефекты, что приводит к фрагментации конкремента. Эндощипцами, введенными через рабочий канал, фрагменты удаляются вместе с эндоскопом. Фрагментация камней

выполняется до размеров, достаточных для прохождения через мочеточник или через уретру. Мелкая фракция в виде песка вымывается самостоятельно током мочи или орошающей жидкости.

Эндоскопический контроль за всеми этапами операции, осуществляемый посредством эндовидеосистемы, позволяет максимально избежать возможных травматических повреждений мочевого пузыря или мочеточника. Выполняя контрольную ревизию мочевых путей, можно убедиться в отсутствии резидуальных камней после литоэкстракции.

Малоинвазивность данной методики заключается в отсутствии повреждения целостности человеческого организма. Все манипуляции производятся через естественные анатомические отверстия. Это достигается использованием новейшего эндоурологического оборудования, имеющего внешние размеры, сопоставимые с диаметром просвета мочевых путей. Применение видеоэндоскопического контроля за ходом всей операции с высоким разрешением и достаточным увеличением дает возможность избежать ранения стенки мочевого пузыря, мочеточников и чашечно-лоханочной системы почки. Минимальная травматизация органов мочевыделительной системы при проведении уретеропиелоскопии позволяет выполнить контрольное эндоскопическое исследование противоположного мочеточника и почки. Выявленные при этом конкременты подлежат обязательной литотрипсии. Таким образом, больной за одно оперативное вмешательство может избавиться от всех мочевых камней.

В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, И.А. Холтосунов, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина, А.Ю. Никифоров

ЛЕЧЕНИЕ АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Воспаление околопрямокишечной клетчатки является весьма распространенным заболеванием. В практике неотложной колопроктологии оперативное лечение острого парапроктита занимает первое место, при этом общее количество больных острым парапроктитом анаэробной формы составляет, по данным разных авторов, от 1—3 %. Анаэробный парапроктит относится к числу относительно редких, но очень тяжелых заболеваний.

Цель исследования: изучение результатов диагностики, хирургического лечения и бактериальной структуры больных анаэробным парапроктитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2005 по 2010 г. в отделении колопроктологии было всего пролечено 11 больных по поводу анаэробного парапроктита. Преобладали мужчины — 9 (81,8 %), возраст от 24 до 60 лет, при этом средний возраст составляет 50,8 лет. Женщин — 2 (18,2 %), при этом средний возраст составляет 35 лет. Все больные были госпитализированы по экстренным показаниям, машиной скорой медицинской помощи доставлено — 6 человек (54,5 %), пятеро пациентов переведены из других лечебных учреждений (45,5 %). Большинство больных поступили в сроки, превышающие сутки и более после появления первых симптомов заболевания, как правило, с явлениями сепсиса.

У трех (27,2 %) больных с анаэробным парапроктитом патологический процесс локализовался в ишиоректальном пространстве, в четырех (36,2 %) случаях в ретроректальной клетчатке и у четверых больных (36,2 %) — в пельвиоректальном пространстве. Распространенность процесса из первичного очага в соседние клетчаточные пространства наблюдались у шестерых пациентов, преимущественно в паховую область, половые органы, забрюшинную клетчатку таза. В одном из случаев имел место некроз уретры с формированием свища.

Обследование включало клинический осмотр, пальцевое исследование прямой кишки, бактериологическое исследование отделяемого ран, при затруднениях постановки диагноза, для дифференциальной диагностики пациентам проводились: ректороманоскопия, колоноскопия, МРТ малого таза. При выраженных явлениях сепсиса проводилась 2—4-часовая предоперационная подготовка в условиях реанимации.

Хирургические вмешательства во всех наблюдениях выполняли по неотложным показаниям под общей анестезией. Оперативное вмешательство заключалось в выполнении широких разрезов с максимальным иссечением некротизированных тканей, орошение антисептиками из группы окислителей (перекись водорода и перманганат калия), адекватным дренированием.

Мы считаем, что наложение сигмостомы при анаэробном парапроктите не является обязательным в каждом случае. К этому вопросу подходим индивидуально, по показаниям (наличие флегмоны таза с некрозом мышечных структур сфинктера и тазового дна, стенки прямой кишки).

Одному больному потребовалось отведение калового потока (наложение 2-ствольной сигмостомы) из-за развившейся флегмоны таза.

В послеоперационном периоде обязательны в первые 2 суток смена и орошение повязок раствором перекиси водорода или перманганатом калия, каждые четыре часа. Повторные оперативные вмешательства проведены 7 пациентам (64 %) в качестве программированной санации патологического процесса под общим обезболиванием.

При исследовании гнойного отделяемого из ран выявлен: в 82 % случаев неклостридиальная анаэробная инфекция (*Peptostreptococcum parrilius*, *Bacteroides fragilis*) и только в 18 % случаев — клостридиальная флора.

Антибактериальная терапия во всех случаях назначалась в раннем послеоперационном периоде эмпирически, в дальнейшем — по результатам бак. посевов. Во всех случаях назначался метронидазол в сочетании с цефалоспоринами III—IV поколения, при отсутствии положительной динамики назначался дополнительно амоксиклав или меронем. Обязательно параллельно проводилась интенсивная дезинтоксикационная, инфузионная терапия. Противогангренозная сыворотка больным не назначалась.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3-х пациентов: у одного уретральный свищ, цистостомия; у одного — перфоративная острая язва желудка, лапаротомия, ушивание; у одной — недержание кала. Летальных исходов не было.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый анаэробный парапроктит относится к числу тяжелых, жизненно опасных заболеваний. Успех лечения во многом зависит от ранней диагностики воспалительного процесса, как можно более раннего проведения неотложных операций с достаточной некрэктомией с дренированием, а также адекватное послеоперационное ведение и назначение программированных санаций с проведением интенсивной терапии.

В.М. Михайлова, В.Г. Игнатьев, Т.С. Дягилева, А.А. Соловьев, Л.А. Кривошапкина, И.А. Холтосунов, А.Ю. Никифоров

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Республиканская больница № 2 – Центр экстренной медицинской помощи (Якутск)

Цель: провести анализ реконструктивно-восстановительных операций, проведенных в колопроктологическом отделении РБ № 2 — ЦЭМП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период с 2009 по 2011 г. реконструктивно-восстановительные операции выполнены 105 стомированным больным. Мужчин оперировано 68, женщин — 37. Средний возраст составил 47,5 лет. Илеостомы — у 56 и колостомы — у 49 пациентов. В 32 случаях стома была наложена после радикальных операций по поводу рака толстой кишки, из них 6 правых отделов и 26 левых отделов толстой кишки. В 45 случаях стома выведена по поводу воспалительных заболеваний, в том числе толстой кишки (перфорации дивертикула, язвенно-некротических колитов, перфорация толстой кишки и т.д.) — 23, тонкой кишки — 22 (спаечная болезнь, несостоятельность анастомозов и т.д.). У 22 больных стома была сформирована после травмы — толстой и прямой кишки 11 пациентам, в 11 случаях — после травмы тонкой кишки. В отдельную категорию взяты пациенты, стомированные после тяжелых форм деструктивного панкреонекроза в 4 случаях, и после тромбоза мелких ветвей брыжеечных сосудов — в 2 случаях.

Реконструктивно-восстановительные операции при одноствольной илеостоме проводились в среднем от 3 до 6 мес., после первичной операции, по поводу одноствольной колостомы от 6 мес. до 1 года. После травм восстановительная операция выполнялась через 2 месяца. Все пациенты перед оперативным вмешательством проходили полное клиническое обследование с обязательным уточнением высоты культи оставшейся толстой кишки и длины престомального участка ободочной кишки, а также измерение диастаза анастомозируемых концов кишок. Больным, поступившим на реконструктивно-восстановительные операции после первичной радикальной операции по поводу злокачественных образований, обязательно проводилась КТ брюшной полости и МРТ малого таза, а также исследование на онкомаркеры. В предоперационном периоде проводилась традиционная подготовка с назначением бесшлаковой диеты, коррекции водно-электролитных нарушений, гидрогимнастикой отключенного отдела кишечника.

90 пациентам с одноствольными илео- или колостомами выполнялась срединная лапаротомия с тотальным энтеролизом. Выполнены различные виды колопластик в зависимости от уровня первичной резекции. Как правило, при толсто-толстокишечных анастомозах выполнялся анастомоз «конец в конец», при тонко-толстокишечных анастомозах предпочтение отдавалось анастомозу «бок в бок» или «конец

в бок». При ручных анастомозах использовалась рассасывающая нить 3/0, 2-рядными узловыми швами по Матешуку. Ручной анастомоз наложен 81 больному, 11 пациентам анастомозы выполнены при помощи сшивающих аппаратов (у 2 больных аппаратом АКА-2, у 12 больных — аппаратом фирмы «Ethicon Endo-Surgery»). У 15 больных операция проведена из локального доступа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Послеоперационные осложнения развились у 3 пациентов. Во всех случаях послеоперационный перитонит развился вследствие перфорации десерозированных участков тонкой кишки, в одном случае приведшее к летальному исходу. Функциональные результаты у всех больных, перенесших восстановительные вмешательства, были удовлетворительными, достигнута социальная и трудовая реабилитация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реконструктивно-восстановительные операции относятся к разряду операций высшей категории сложности и должны выполняться в специализированном отделении, что позволяет достигнуть хороших результатов. Данная проблема требует дальнейшего всестороннего изучения.

И.Г. Мугатасимов

ОДНОРЯДНЫЙ ШОВ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» (Новокузнецк)
МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» (Новокузнецк)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Формирование кишечных анастомозов в условиях воспаления брюшины и имеющейся ишемии сопровождается реальной угрозой возникновения их несостоятельности. Проведенные исследования в зарубежной литературе не выявили преимуществ двухрядного анастомоза перед однорядным. В России данная методика не получила большого распространения, при этом дополнительно проводится укрепление линии шва клеевыми композициями, коллагеновыми пленками, сальником, жировыми подвесками. Убедительных данных об эффективности этих мероприятий нет. Поэтому использование однорядного шва в абдоминальной неотложной хирургии является актуальной, нерешенной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

Цель — оценить непосредственные результаты применения однорядного шва при формировании кишечных анастомозов в неотложной хирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 56 больных, оперированных в неотложном порядке. Больные от 20 до 86 лет, средний возраст 57,8 лет, мужчин 32 (57,1 %), женщин 24 (42,9 %) Распространенный перитонит был у 12 (21,4 %) больных (MPI 5-41, среднее значение 16,6). По ASA риск III был у 35 (62,5 %), риск IV у 21 (37,5 %) больных. Нозология: язвенное желудочное кровотечение — 9, язвенный стеноз — 7, перфоративная гастродуоденальная язва — 5, опухолевый стеноз дистального отдела желудка — 4, ущемленная грыжа с некрозом кишки — 5, острая кишечная непроходимость — 9, опухоли ободочной кишки с кровотечением и перфорацией — 5, механическая желтуха — 6, постожоговый стеноз пищевода и желудка — 3, перфорация дивертикула тощей кишки — 1, мезентериальный тромбоз с некрозом кишки — 2. Формирование анастомоза проводилось непрерывным, либо узловым швом без захвата слизистой оболочки с широким сопоставлением подслизистого слоя. Дополнительного укрепления линии шва не проводили. При формировании анастомоза использовалась атравматическая нить 3-0, 4-0 («Полисорб», «ПГА», «Викрил»).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Структура выполненных вмешательств: резекция желудка по Бильрот I — 8, Бильрот II — 7, Ру — 2, резекция тонкой кишки с анастомозом — 14, формирование петли по Ру для билиодигестивного анастомоза — 6, резекция ободочной кишки с тонко-толстокишечным анастомозом — 10, гастроэнтеростомия — 7, еюностомия по Майдлю — 3, пилоропластика — 4, толсто-толстокишечный анастомоз — 2. Непрерывный шов использован в 41 (87,2 %) случае. При отеке кишечной стенки применялся узловой шов. Пилоропластика во всех четырех случаях выполнена с применением однорядного узлового шва. В трех случаях анастомоз выполнен на первой санационой релапаротомии, в одном случае на второй санационной релапаротомии. В п\операционном периоде получены 5 (9,1 %) осложнений: послеоперационная ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость — 1, острая язва культи желудка с перфорацией на 7 сутки после резекции желудка по Ру — 1 (релапаротомия, перезекция культи желудка по Ру, гастроэнтероана-

стомоз «конец в конец» однорядным узловым швом, выздоровление), инфильтрат брюшной полости — 1, послеоперационный панкреатит после резекции желудка — 2. В послеоперационом периоде умерло 4 (7,1 %) больных от прогрессирующей полиорганной недостаточности, сепсиса. Несостоятельности швов анастомоза не было.

ВЫВОДЫ

Применение однорядного шва с использованием современного шовного материала при формировании кишечных анастомозов в неотложной хирургии безопасно, не сопровождается увеличением числа послеоперационных интраабдоминальных осложнений.

П.А. Неустроев, А.В. Тобохов, В.Д. Слепцов

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО ПОВОДУ ВИСЦЕРОПТОЗА

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Висцероптоз, осложненный хроническим толстокишечным стазом, является одним из актуальных разделов колопроктологии. При этом эффективность лечения хронического толстокишечного стаза остается весьма низкой. Большинство авторов видят причину рецидивов хронического толстокишечного стаза в неадекватном выборе объема резекции ободочной кишки, вследствие неточного определения степени декомпенсации хронического толстокишечного стаза.

Отдаленные результаты оперативной коррекции прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет. Контрольное обследование проведено 151 (65,1 %) больному. Отдаленный период изолированных резекций ободочной кишки в 16 (88,9 %) случаях осложнился рецидивом синдрома хронического толстокишечного стаза. В одном (5,6 %) наблюдении в отдаленном послеоперационном периоде развилась спаечная болезнь, а в 1 (5,6 %) случае — клиника хронического колита. Таким образом, ограниченные резекции участков ободочной кишки неэффективны вне зависимости от степени ХТС и в большинстве случаев (88,9 %) приводят к рецидивам.

При анализе неудовлетворительных результатов резекции левого фланга ободочной кишки выявлено, что 19 (90,5 %) больных страдали декомпенсированной степенью хронического толстокишечного стаза, проявляющейся задержкой эвакуации кишечного содержимого более 10 дней и отсутствием самостоятельного стула. Считаем, что объем левосторонней гемиколонэктомии недостаточен для коррекции декомпенсированной степени хронического толстокишечного стаза при отсутствии самостоятельного стула. Необходимо отметить, что у больных с задержкой стула более 10 дней, но с сохранением самостоятельного акта дефекации аналогичный объем резекции был эффективен.

После проведения дистальной субтотальной резекции ободочной кишки неудовлетворительный результат в виде некупируемой диареи отмечался в 2 случаях, у пациентов с субкомпенсированной степенью хронического толстокишечного стаза. В остальных случаях операция была эффективна.

Таким образом, в результате проведенного анализа «неудовлетворительных» результатов выявлено, что из 151 (100,0 %) обследованного больного у 34 (22,5 %) пациентов осложнения проявлялись рецидивом синдрома хронического толстокишечного стаза и только в 7 (4,6 %) случаях другими причинами. По нашему мнению, это связано с неадекватной оценкой степени нарушения моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки.

П.А. Неустроев, А.В. Тобохов, В.С. Петров, Н.М. Гоголев, А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров

ПЕРВЫЕ ШАГИ УЧЕБНОЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)
Республиканская больница № 1 – Национальный Центр Медицины

За последние 20—25 лет в хирургии произошел качественный научно-технический рывок. Эти положительные изменения стали результатом внедрения в клиническую практику новых технологий, более широкого применения эндохирургического метода, развития анестезиологии и более

эффективных подходов к предупреждению и устранению органной недостаточности на всех этапах хирургического лечения при самых тяжелых, в том числе и сочетанных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Анализ данных литературы, посвященной применению эндохирургического метода, свидетельствует о всеобщем признании хирургическим сообществом таких достоинств, как сокращение сроков оперативного вмешательства, уменьшение частоты возникновения гнойно-септических осложнений при заживлении послеоперационных ран, раннее восстановление моторно-эвакуационной функции кишечника, снижение выраженности болевого синдрома, сокращение периода реабилитации больных, снижение послеоперационной летальности, повышение качества жизни больных и др.

Видеопротоколирование по новой концепции протокола хирургической безопасности ВОЗ Surgical Safety Checklist в мире на сегодняшний день является одним из обязательных, стандартных мероприятий в хирургической практике. Цифровой (электронный) банк видеопротоколов всех эндохирургических операций, является наиболее достоверной формой протокола хирургического вмешательства, имеющей важные преимущества, по сравнению с другими способами сбора и хранения информации в современном лечебно-профилактическом учреждении для стандартизации, внедрения и обучения специалистов высокотехнологичным эндохирургическим вмешательствам.

В рамках модернизации Северо-Восточного Федерального университета на базе РБ № 1 – НЦМ в сентябре 2011 г. установлена учебная интегрированная операционная OR-1 фирмы «Karl Storz». Возможности интегрированной операционной позволяют охватить 3 основных направления:

1. Учебное направление

• система позволяет проводить учебный процесс в онлайн-режиме непосредственно из операционной;

• создавать учебные фильмы, ролики, презентации, программы на основе выполняемых оперативных вмешательств.

2. Научное направление

• архивирование данных проводимых операций;

• цифровое сопровождение экспериментальных работ;

• выполнение научно-исследовательских работ нового формата.

3. Практическое направление

• видеопротоколирование по новой концепции протокола хирургической безопасности ВОЗ Surgical Safety Checklist;

• возможность клинического разбора технических проблем оперативных вмешательств.

Немаловажным фактором является то, что в настоящий момент появилась возможность проводить системные исследования в разных областях хирургии, при этом, планомерно развивая учебный процесс студентов, врачей-хирургов.

В.Н. Николаев, А.В. Тобохов

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ ФИКСАЦИИ И РАЗВИТИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Оперативное лечение проведено 89 (68,5 %) пациентам с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в возрасте от 21 до 65 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии № 2 РБ № 1 – НЦМ Минздрава РС (Я) с 2002 по 2004 гг. Мужчин – 35 (39,3 %), женщин – 54 (60,7 %).

В зависимости от выявленных нарушений функции пищеводно-желудочного перехода больные были разделены на три группы.

Пациенты с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью без синдрома ХТС: оперативное лечение ГЭРБ без синдрома ХТС проведено 12 (13,5 %) пациентам контрольной группы. Методом оперативной коррекции у пациентов с ГПОД была избрана фундопликация по Nissen. У пациентов с осложненной ГЭРБ проведены эзофагокардиомиотомия по Heller и субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочной трубкой.

Пациенты с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом с нарушением функции НПС: хирургическая коррекция ободочной кишки была выполнена 20 (25,9 %) больным, и включала в себя три обязательных этапа: разделение двустволок, освобождение ободочной кишки от пластинчатых пленок Джексона, резекцию левого фланга ободочной кишки и двухстороннюю колонопексию.

Пациенты с ГЭРБ в сочетании с висцероптозом с нормальной функцией НПС: у 57 пациентов с висцероптозом в сочетании с ГЭРБ была выявлена сглаженность угла Гиса при нормальной функции НПС. С целью выработки наиболее эффективной методики хирургической коррекции НПС, эта группа пациентов была разделена на три подгруппы в зависимости от выбранной методики:

1. Оперативная коррекция висцероптоза без коррекции области пищеводно-желудочного перехода выполнена 44 (57,1 %) больным с висцероптозом.

2. Оперативная коррекция пищеводно-желудочного перехода фундопликацией по Toupet произведена нами 5 (5,6 %) пациентам.

3. Оперативная коррекция пищеводно-желудочного перехода передней парциальной фундопликацией — 8 (9,0 %) больных. Этот метод показан больным с висцероптозом при установленной преходящей релаксации нижнего пищеводного сфинктера и позволяет полностью купировать явления ГЭРБ.

Результаты хирургического лечения: из 89 оперированных больных отдаленные результаты, в сроки от 6 месяцев до 3 лет, прослежены у 63 (70,7 %), в том числе у 30 (47,6 %) пациентов с коррекцией замыкательной функции кардии.

Отдаленные результаты лечения 63 пациентов оценены как «хорошие» у 41 (65,1 %) пациента, «удовлетворительные» — у 18 (28,6 %) и «неудовлетворительным» результат лечения был признан у 4 (6,3 %) пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение ГЭРБ требуется у 70 % пациентов с висцероптозом.
2. Объем оперативного вмешательства при висцероптозе зависит от сочетания ряда факторов: количества опущенных внутренних органов, выраженности воспалительных изменений в них и степени нарушений пассажа по желудочно-кишечному тракту.
3. Показанием к коррекции замыкательной функции кардии являются: недостаточность функции нижнего пищеводного сфинктера не зависимо от стадии рефлюкс-эзофагита, гастроптоз II и III степени.
4. Развитие осложнений таких как: стриктура пищевода, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки требует изменения объема оперативного вмешательства
5. Отдаленные результаты операций в более чем 70 % случаев расцениваются как хорошие.

В.Н. Николаев, А.В. Тобохов

К ВОПРОСУ О ВАЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Рак легких — наиболее распространенная форма злокачественных новообразований во всем мире. Несмотря на все усилия по профилактике этого заболевания, уровень заболеваемости с начала XX века вырос в несколько десятков раз. Ежегодно в России заболевают раком легкого свыше 63 000 человек, из которых мужчин свыше 53 000. Более 20 000 пациентов с диагнозом «рак легких» выявляются уже в IV стадии. В структуре общей онкологической заболеваемости в Российской Федерации и Республике Саха (Якутия) рак легкого прочно находится на ведущих позициях.

В РБ № 1 НЦМ за период с 2000 г. по 2010 г. включительно, во 2-м хирургическом отделении находилось на обследовании и лечении 21 больной раком легкого. Среди больных преобладали лица мужского пола — 18 пациентов, что составило 85,3 % случаев, женщин — 3 (14,3 %) пациентки. В возрасте от 40 до 50 лет было 4 (19 %) больных, от 51 до 60 лет — 7 (33,3 %) больных, от 61 до70 — 9 (43 %) больных, старше 70 лет — 1 (4,7 %) больной. Жителями города являлись 11 (52,4 %) пациентов, жителями села — 10 (47,6 %). Всем больным были проведены общеклинические методы исследования, рентгенография, фибробронхоскопия, компьютерная томография. По клинико-анатомической форме заболевания центральный рак легкого установлен у 12 (57 %) больных, периферический — у 9 (43 %).

Неоперабельными в ходе обследования признаны 9 (43 %) пациентов. Оперированы 12 (57 %) больных, из них эксплоративная торакотомия произведена 4 (19 %) пациентам. Экономные резекции легкого и лобэктомии произведены 5 (21 %) пациентам, расширенная пульмонэктомия — 3 (14,3 %). Послеоперационных осложнений не отмечалось. Таким образом, резектабельность по отношению к госпитализированным больным составила 38,1 %, по отношению к оперированным — 66,6 %.

Основными причинами нерезектабельности явились обширное или множественное поражение лимфатических узлов средостения, крупных сосудов, диссеминация опухоли по плевре, массивное прорастание средостения или грудной клетки, а так же сочетание вышеперечисленных причин.

Опыт показывает, что рак легкого редко диагностируется в ранней стадии. Он протекает под маской неонкологических легочных заболеваний, больные склонны к недооценке симптомов, которая приводит к поздней обращаемости в медицинские учреждения.

Е.В. Намоконов, А.М. Мироманов, А.В. Федотов

СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛЕНИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)
НУЗ ОАО РЖД «Дорожная клиническая больница на ст. Чита II» (Чита)

Дискуссионным в лечении переломов длинных трубчатых костей является выбор метода остеосинтеза, недостаточно ясным остается вопрос о непосредственной роли объема и характера оперативного вмешательства в синдроме эндогенной интоксикации, который является, по мнению ряда авторов, патогенетической основой травматической болезни и инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования — изучение основных закономерностей изменения процессов перекисного окисления и антирадикальной защиты у пациентов с переломами костей голени при различных вариантах проведенного остеосинтеза, с последующим патогенетическим обоснованием выбора оптимального метода хирургического лечения для данной локализации переломов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследованы показатели, характеризующие процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы организма у 20 больных с диафизарными переломами голени с послеоперационным забором крови на 1-е и 3-и сутки.

Остеосинтез места перелома осуществлялся двумя способами: у 10 пациентов (основная группа) был проведен закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез штифтом UTN с помощью троакара, у 10 пациентов (группа сравнения) — открытый накостный остеосинтез с помощью пластин LCP.

В сыворотке крови определяли содержание диеновых конъюгатов, концентрацию ТБК-активных продуктов, активность глутатионпероксидазы и каталазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У пациентов с диафизарными переломами голени в сыворотке крови до операции отмечено накопление интермедиатов свободнорадикальных реакций и снижение уровня основных антиоксидантных ферментов, превышающие контрольные показатели в 1,7 — 1,8 раза.

В группе сравнения, где остеосинтез проводился открытым способом, параметры липопероксидации изменились несущественно как по отношению к контролю, так и на 1 — 3 сутки после операции. Статистически значимо уменьшились коэффициенты диеновых конъюгат гептановой фазы липидного экстракта (на 13 % и на 15 % соответственно), ТБК-активного материала — на 6,8 %. Отмечалось снижение каталазы — на 24 %, глутатионпероксидазы — на 64 % по отношению к контролю.

В основной группе больных отмечалось существенное снижение продуктов ПОЛ: ДК — на 35,1 %, КД и СТ — на 45,3 % ($p < 0,001$). Концентрация ТБК-продуктов снизилась на 17,6 %. Увеличились скорость обезвреживания супероксидного анион-радикала и пероксида водорода с участием каталазы на 8,5 %, активность ГПО возросла на 43,1 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, изменения биохимических показателей системы «ПОЛ-антиоксиданты», показывают, что различия сохраняются в динамике исследования в обеих группах, причем наиболее выражены различия в группе сравнения, где для остеосинтеза требовался открытый доступ. Можно сделать вывод, что минимальное повреждение тканей способствует стабилизации перекисных процессов, а стабильная фиксация костных отломков устраняет травматизацию окружающих тканей, ведущую к образованию эндотоксинов.

А.В. Носков, В.В. Яновой, А.И. Близнец, В.Н. Завгородний, П.Г. Семеняк, О.Г. Просвирнова, Ю.С. Кудашкин, П.А. Тимошенко

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПТОЗА С УЧЕТОМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)
Уроандрологический центр ГБУЗ Амурской области «Амурская областная детская клиническая больница» (Благовещенск)

Основным методом лечения нефроптоза и его осложнений является оперативное вмешательство. Отбор пациентов является достаточно сложной клинической задачей, в виду отсутствия четких объективных диагностических критериев, позволяющих оценить степень нарушений уро- и гемодинамики.

Цель исследования: изучить изменения почечного кровотока при патологически подвижной почке в орто-клиностазе и определить гемодинамические критерии в выборе тактики ведения пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В уроандрологическом центре АОДКБ обследовано 40 пациентов с нефроптозом справа II – III степени. Возраст пациентов от 16 до 45 лет, из них женщин – 37, мужчин – 3. Больные распределены на две группы, в первой – пациенты с неосложненным нефроптозом – 20, а во второй – с осложненным – 20 (МКБ: хронический пиелонефрит, гематурия, выраженный болевой синдром, симптоматическая гипертония). В план обследования помимо стандартных методов включено ультразвуковое допплерографическое исследование (УЗДГ) кровотока в среднем сегменте главной почечной артерии (наиболее измененная часть почечной артерии при нефроптозе) стоя и лежа. Принципиальной особенностью УЗДГ почек у пациентов с данной патологией является исследование кровотока в положении стоя, затем лежа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При анализе полученных данных выявлено, что степень нарушения гемодинамики у больных с осложненным нефроптозом в 100 % случаев превышает 30 % в ортостазе, в сравнении с клиностазом. У пациентов с неосложненным нефроптозом степень изменения гемодинамики варьировала от нормальных величин с отклонением до 42 % в ортостазе.

Всем больным с осложненным течением нефроптоза выполнена лапароскопическая нефропексия. 8 пациентам с неосложненным течением нефроптоза, у которых степень нарушения гемодинамики в ортостазе превышала 30 %, предлагалась оперативная коррекция, из них 5 пациентам выполнена лапароскопическая нефропексия, трое от операции отказались. Остальным 12 пациентам с неосложненным течением нефроптоза, у которых степень нарушения гемодинамики в ортостазе не превышала 30 %, предложено динамическое наблюдение с консервативными методами лечения.

В послеоперационном периоде кровоток в оперированной почке (через 10 дней и 6 месяцев) восстановился у всех больных с неосложненным нефроптозом и у 13 пациентов с осложненным течением нефроптоза. У 7 пациентов с осложненным нефроптозом гемодинамические показатели улучшились, но не нормализовались и составляли 26 ± 5 %, несмотря на нормальную анатомическую ортотопию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исследование почечного кровотока дает объективное представление о степени нарушения гемодинамики в патологически подвижной почке. Своевременная коррекция неосложненного нефроптоза (нефропексия) позволяет полностью восстановить нарушенную гемодинамику, что нельзя сказать о гемодинамике у пациентов с осложненным нефроптозом. Поэтому пациентам с симптоматическим нефроптозом со степенью нарушения гемодинамики в положении стоя более 30 % следует рекомендовать оперативное лечение для профилактики осложнений данного заболевания.

О.С. Олифирова [1], В.А. Омельченко [2], Л.И. Мушта [2], О.В. Добренко [1]

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

[1] ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)
[2] Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

Цель: провести анализ результатов диагностики и лечения сочетанных осложнений язвенной болезни при кровотечениях из гастродуоденальных язв.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты обследования и лечения 372 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) в период за 2007 – 2011 гг. Мужчины – 68 %, женщины – 32 %. Средний возраст – 51,7 ± 0,4 года. Язвы локализовались в желудке в 43 %, двенадцатиперстной кишке – в 57 %. Оперативные вмешательства выполнены в 28 % (103) случаев. Стандартный комплекс диагностических исследований включал экстренную гастродуоденоскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сочетанные осложнения язвенной болезни при ЯГДК установлены в 16,4 % (61) от общего числа ЯГДК. Наиболее частым сочетанным осложнением ЯГДК была пенетрация язвы (68,9 %; 42): в поджелудочную железу (22), гепатодуоденальную связку (8), малый сальник (6), поперечно-ободочную кишку (4), левую долю печени (2). ЯГДК реже наблюдалось в сочетании с пилородуоденальным стенозом (11,5 %), перфорацией (9,8 %), малигнизацией (4,9 %) и одновременно со стенозом с перфорацией и пенетрацией (4,9 %). У большинства больных язвенный анамнез превышал 3 года. Язвы большого и гигантского размера (более 3 см в диаметре) были у 72 % больных. Все больные ЯГДК с сочетанными осложнениями язвенной болезни (61) были оперированы. Экстренные операции (в первые 2 часа от момента поступления) при продолжающемся кровотечении (Forrest IA, F IB) выполнены в 34,4 % от общего числа оперативных вмешательств, а по поводу рецидива кровотечения (F IIA, F IIB) – в 21,3 %. Срочные операции (через 24 – 48 часов) в связи с высоким риском рецидива кровотечения произведены в 44,3 %. У большинства больных (80 %) сочетанные осложнения кровоточащих язв были выявлены интраоперационно. Из-за грубых периульцирогенных изменений оперативные вмешательства сопровождались значительными техническими трудностями и имели резекционный характер. Резекции желудка по Бильрот-1 выполнены в 52,5 %, резекции желудка по Бильрот-2 – в 44,3 %, гастрэктомии – в 3,2 % случаев. Резекции «на выключение» не выполняли. Послеоперационные осложнения возникли у 6 больных: несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – 3, несостоятельность гастроеюноанастомоза – 1, внутрибрюшное кровотечение – 1, послеоперационный панкреатит – 1. Послеоперационная летальность составила 8,8 % (9) от общего числа операций при ЯГДК (103) и 14,8 % – от оперативных вмешательств при сочетанных осложнениях ЯГДК (61). Она обусловлена тяжелой степенью кровопотери, дооперационным декопенсированным состоянием больных, пожилым и старческим возрастом, техническими трудностями при выполнении операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетанные осложнения язвенной болезни при ЯГДК встречаются в 16,4 %, сопровождаются интенсивным кровотечением и требуют хирургического лечения. Учитывая недостаточную эффективность эндоскопических методов гемостаза и высокий риск рецидива кровотечения при этой патологии, показано экстренное или срочное оперативное лечение с применением резекционных методов. Оперативные вмешательства представляют значительные трудности с вероятностью послеоперационных осложнений, поэтому должны выполняться опытным хирургом.

В.С. Петров

БИЛИО-БИЛИАРНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

Лечение больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков относят к категории наиболее сложных разделов билиарной хирургии. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков

в связи с внедрением лапароскопической холецистэктомии составляет 0,1 – 3 %. В данной статье мы анализируем опыт наложения билио-билиарных анастомозов при полном пересечении внепеченочных желчных протоков.

Мы имеем опыт лечения 83 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков. В 11 случаях при «свежих» повреждениях был наложен билио-билиарный анастомоз. Все повреждения носили характер полного пересечения общего печеночного протока и были диагностированы во время операции. Причиной пересечения общего печеночного протока в 7 случаях были технические ошибки, в 4-х случаях – воспалительно-инфильтративные изменения в зоне операции. Уровень повреждений во всех случаях соответствовал типам + 2 и +1 по Э.И. Гальперину. Всем больным был наложен билио-билиарный анастомоз по типу «конец в конец» однорядными узловыми швами атравматическими иглами 4/0 и 5/0. В послеоперационном периоде у 9 больных развились высокие стриктуры типа «0» в пределах трех месяцев. Всем больным выполнены реконструктивные операции в виде формирования гепатикоеюноанастомоза с продольным рассечением левого долевого протока на петле тощей кишки с анастомозом по Ру. Диаметр анастомоза составлял от 2,5 см до 3 см. Анастомоз формировали однорядными серозно-мышечными швами без захвата слизистых. Результаты операций прослежены в сроки от 3 до 15 лет. Во всех случаях получен хороший результат. На основании анализа нашего опыта мы согласны с мнением Э.И. Гальперина о том, что основной причиной стриктур при восстановительных операциях на общем печеночном протоке является ишемия проксимального участка общего печеночного протока при полном ее пересечении, т.к. артериальное кровоснабжение общего печеночного протока имеет восходящий характер. Таким образом, успешно выполненная восстановительная операция – билио-билиарный анастомоз при пересечении общего печеночного протока не дает гарантии благоприятного исхода. В подавляющем большинстве случаев – 81,8 % наложения билио-билиарного анастомоза в течение трех месяцев развивается высокая стриктура общего печеночного протока, что требует повторной реконструктивной операции в виде широкого ГЕА.

В.С. Петров

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИИ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

В связи с широким внедрением в хирургическую практику лапароскопической холецистоэктомии проблема повреждений внепеченочных желчных протоков во время операции приобретают особую актуальность. Эти повреждения являются грозными осложнениями лапароскопической холецистоэктомии и нередко приводят к многочисленным повторным операциям по поводу последствий повреждения вплоть до летального исхода.

С 1993 по 2009 г. в хирургическом отделении № 1 РБ № 1-НЦМ произведено 9942 лапароскопических холецистоэктомий, из них 9926 в плановом порядке, 16 – экстренно. В 40 случаях произошло повреждение внепеченочных желчных протоков, что составило 0,4 %. По данным различных авторов повреждение внепеченочных желчных протоков в нашей стране встречается в 0,19 – 1,75 % случаев, в среднем 0,48 %, что выше, чем при традиционных открытых вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни. Значительная часть лапароскопических холецистоэктомий, в настоящее время выполняются у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, что увеличивает риск повреждения внепеченочных желчных протоков из-за воспалительно-инфильтративных и склеротических процессов, приводящих к выраженным топографо-анатомическим изменениям в зоне операции. Это обстоятельство требует четкого соблюдения методики лапароскопической холецистоэктомии с учетом этих изменений и постоянной настороженности хирургов по поводу повреждения внепеченочных желчных протоков и его последствий, при этом, надо заметить, что все повреждения в нашем исследовании, были отмечены у хирургов, имеющих достаточный опыт лапароскопических холецистоэктомий. Анализ повреждений внепеченочных желчных протоков по протоколам операций показал, что в основе повреждений во время лапароскопической холецистоэктомии лежит потеря ориентировки хирурга в топографо-анатомических соотношениях в зоне операции. Ему способствуют ошибки, обусловленные рядом факторов: нарушение методики оперативного вмешательства, воспалительно-инфильтративные и рубцовые изменения, кровотечения во время операции, внутренние желчные свищи, атипичные варианты внепеченочных желчных протоков. Повреждения диагностированы во время операции в 33 случаях, в послеоперационном периоде – в 7. По классификации Висмута были следующие типы: II типа – 31, III типа – 9 случаев. В 11 случаях наложены билио-билиарные анастомозы, из них у 9 в последующем развились стриктуры общего печеночного протока, остальным больным были наложены

широкие гепатикоеюноанастомозы с хорошими результатами. Наш опыт свидетельствует, что частоту повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистоэктомии можно свести к минимуму при следующих условиях:

1. Тщательное соблюдение разработанных методик и стандартов лапароскопической холецистоэктомии.

2. Постоянная настороженность хирургов по поводу возможности повреждений внепеченочных желчных протоков и ее последствий.

С.М. Пешков

МЕТОД АППЕНДЭКТОМИИ БЕЗ ПЕРЕВЯЗКИ КУЛЬТИ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

ГБУ РС(Я) Центральная районная больница (Нерюнгри)

Цель исследования: возможность применения безлигатурного способа аппендэктомии у взрослых пациентов.

Результаты лечения острого аппендицита принято оценивать по показателям летальности и послеоперационных осложнений, наиболее тяжелые из которых требуют повторных оперативных вмешательств. Погруженная в кисетный шов перевязанная культя является причиной ранних послеоперационных осложнений, пусковым моментом для возникновения поздних «культитов», инфильтратов, абсцессов, воспалительных «псевдоопухолей».

За период 2005—2012 гг. мной было выполнено 167 аппендэктомий безлигатурным способом при различных формах деструктивного аппендицита, в том числе 4 при разлитом гнойном перитоните у взрослых пациентов. В послеоперационном периоде осложнений не было. Обработка культи проводилась одинаково. После мобилизации червеобразного отростка и лигирования его брыжейки, приступают к обработке его культи. После наложения серозно-мышечного кисетного шва на купол слепой кишки основание червеобразного отростка пережимают на 0,5 см выше слепой кишки сосудистым зажимом «москит». На 0,5 см выше накладывают зажим Бильрота. Червеобразный отросток отсекают между зажимами и его слизистую оболочку обрабатывают 5% настойкой йода. Культю отростка погружают в слепую кишку с помощью оставшегося на ней зажима. Зажим снимают и удаляют одновременно с затягиванием кисетного шва. Поверх последнего накладывают дополнительный серо-серозный Z-образный шов.

Данная методика была разработана и внедрена в практику на кафедре детской хирургии Новокузнецкого ГИУВа и с успехом многие годы применяется в детской практике.

ВЫВОДЫ

Методика аппендэктомии без перевязки культи червеобразного отростка может являться методом выбора и применена во взрослой практике при различных формах деструктивного аппендицита.

Л.А. Попова, А.В. Тобохов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева, В.Н. Николаев

ВРЕМЕННОЕ ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ГУ Республиканская больница № 1 – НЦМ РС (Я) (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

В последнее время достаточно много работ посвящено контролю мозговой гемодинамики и защите головного мозга во время операций на сонных артериях. Не оспаривается никем, что обязательным в хирургии каротид является системная гепаринизация, управляемая гипертензия и общая анестезия. Но до сих пор спорным остается вопрос — использовать внутрипросветный временный шунт в течение операции или нет?

Решение об использовании внутрипросветного временного шунта должно применяться как на основании дооперационной диагностической и клинической информации о состоянии мозгового крово-

тока, протяженности стеноза, наличии тандемного стеноза или контралатеральной окклюзии, так и на основании интраоперационных критериев: характер ретроградного кровотока, изменение параметров мозговой гемодинамики при ТКДГ.

Критическими параметрами, определяющими недостаточность естественного коллатерального кровотока в СМА и требующими применения внутрипросветного временного шунта, являются: снижение линейной скорости кровотока в СМА во время пробы до 20 см/сек. В то время применение внутрипросветного временного шунта имеет ряд негативных моментов: вероятность тромбоэмболических осложнений, трудности основного этапа каротидной ЭАЭ при «высоких» бифуркациях и протяженных стенозах.

В 2001 – 2005 годах в отделении сосудистой хирургии у 126 пациентов со стенозирующими поражениями сонных артерий было выполнено 132 операций на каротидных бифуркациях.

Основным критерием определения показаний к использованию временного шунта, кроме клинически неудовлетворительной переносимости компрессионной пробы, для данной категории пациентов, являлись данные транскраниальной допплерографии.

Из числа оперированных пациентов ТКДГ в дооперационном периоде проведено 89 пациентам, что составило 71,4 %. При этом состоятельность коллатерального кровотока с обеих сторон наблюдалась у 30 пациентов (33,7 %), состоятельность с 1 стороны и несостоятельность с другой наблюдалась у 7 пациентов (7,7 %) состоятельность с одной и пограничный коллатеральный кровоток наблюдался у 13 пациентов (14,5 %), пограничный кровоток с 2 сторон наблюдался у 8 пациентов (8,8 %), несостоятельность с двух сторон у 2-х пациентов (2,2 %), состоятельный с одной стороны и отсутствие темпорального окна с другой наблюдалось у 6 пациентов (6,7 %), отсутствие темпоральных окон с двух сторон наблюдалось у 18 пациентов (20,2 %).

Во время операции ТКДГ проведено 64 пациентам (60,5 %), что позволило конкретно определиться с установкой внутрипросветного временного шунта.

Внутрипросветный временный шунт установлен 46 пациентам (51,6 %), из них 34 пациентам проведена пластика устья ВСА в виде заплаты.

В периоперационном и в ближайшем послеоперационном периодах по нашим данным наблюдалось 1 осложнение, ишемический инсульт с парезом верхних конечностей. У данного пациента было бикаротидное критическое поражение сонных артерий со стенозом свыше 75 %, толерантность к ишемии головного мозга было низкой. В данном случае сложно интерпретировать осложнение как результат использования внутрипросветного временного шунта.

Таким образом, применение внутрипросветного временного шунта безусловно является гарантией успеха операции и профилактики осложнений при недостаточности коллатерального кровотока и в некотором роде расширяет показания к каротидной ЭАЭ.

Л.А. Попова, А.В. Тобохов, А.И. Васильев, А.К. Федосеева, В.Н. Николаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

ГУ Республиканская больница № 1 – НЦМ РС (Я) (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

К настоящему времени завершено несколько крупных исследований, в которых изучались показания и эффективность хирургического лечения ишемии головного мозга. Северо-американским исследованием установлено, что для пациентов с симптомными 70% стенозами ВСА риск возникновения инсульта в течение 2-х лет после операции составил 9 %, в то время как при медикаментозном лечении – 26 %. Европейское исследование определило, что при стенозах ВСА свыше 75 % вероятность нарушения мозгового кровотока (в течение 3 лет) при лекарственной профилактике составило 16,8 %, а при хирургическом лечении – 10,3 %. Но все эти исследования касались больных с односторонними стенозами ВСА. Специальных кооперативных исследований в отношении целесообразности хирургического лечения двусторонних окклюзионно- стенотических поражений сонной артерии не проводилось. До недавнего времени окклюзия контралатеральной ВСА считалась фактором риска, ухудшающим результаты операций, хотя имеются исследования, опровергающие это мнение. Двусторонние окклюзионно-стенотические поражения сонной артерии трудно оценивать из-за отсутствия согласованных критериев представления результатов.

Данная статья иллюстрирует опыт хирургического лечения больных с двусторонними поражениями сонных артерий с 2001 по 2005 г.

Пациенты разделены на 5 групп, по состоянию контралатеральной ВСА. Первая группа 23 пациента (29,4 %): с бикаротидными стенозами свыше 50 % с одной стороны и гемодинамически незначимым стенозом с другой (14 пациентов), со стенозами свыше 50 % с обеих сторон (9 пациентов), вторая группа

включала 45 пациентов (57,6 %): со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически незначимым стенозом с контралатеральной стороны – 20, со стенозами свыше 70 % с одной стороны и с гемодинамически значимым стенозом с контралатеральной стороны 17 пациентов, с критическими стенозами с обеих сторон – 8 пациентов. Третья группа включала 10 пациентов (12 %): с окклюзией с одной стороны и гемодинамически значимым стенозом с контрлатеральной стороны.

По степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности пациенты распределены таким образом: в 1 группе пациентов с I степенью ХСМН – 3 пациента (13 %), со II степенью ХСМН – 13 пациентов (57,5 %), III степенью ХСМН – 1 пациент (4,3 %) , с IV степенью ХСМН – 6 пациентов (26 %).

Во 2 группе: с I степенью ХСМН – 4 пациента (8,7 %), со II степенью ХСМН – 18 пациентов 39,1 %, с III степенью ХСМН – 8 пациентов (17,3 %), с IV степенью ХСМН – 15 пациентов (33,3 %).

В 3 группе: с I степенью ХСМН – 1 (11 %), со II степенью ХСМН – 2 (22,2 %) пациента, с IV степенью ХСМН – 5 пациентов (55,5 %).

Всем пациентам выполнены каротидные эндартерэктомии. 78 пациентам проведено всего 103 операции: 6 пациентам проведены поэтапные операции на сонных артериях, распределение по группам: 2 пациента из 1 группы с III и IV степенью ХСМН. 4 пациента из 2 группы, 3 из них с I степенью ХСМН, 1 – с III степенью ХСМН, 1 – с IV степенью ХСМН. Двум пациентам из 2 группы проведены эверсионные эндартерэктомии с резекцией ВСА.

Проведено 17 одномоментных операций, 2 операции поэтапно на брюшном отделе аорты и на артериях нижних конечностей: протезирование брюшного отдела аорты – 3, бифуркационные аорто-бедренные шунтирования – 8, линейное аорто-бедренное шунтирование – 1, профундопластика – 3, бедренно-подколенное шунтирование – 5, на подключичной артерии 1 операция.

Пациентам 3 группы и пациентам с критическими стенозами сонных артерий с обеих сторон с целью профилактики интраоперационных осложнений использованы временные внутрисосудистые шунты. Пациентам 3 группы, с окклюзией ВСА с одной стороны ВВШ использован в 70 % случаях, а при критических стенозах обеих ВСА использованы в 50 % случаях. Несомненно, что использование ВВШ с контралатеральным поражением ВСА, является одним из ключевых моментов в защите головного мозга.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения по типу острого нарушения мозгового кровотока развились у двух пациентов, что составило 2,5 %. У двух пациентов в раннем послеоперационном периоде наблюдались преходящие нарушения мозгового кровотока. В целом же результаты наблюдений по остальным пациентам позволяет утверждать, что при обеспечении интраоперационного контроля транскраниальной допплерографией, рациональном использовании ВВШ, можно получать лучшие результаты профилактики ишемических инсультов при бикаротидных поражениях.

В.А. Рагимов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Азербайджанский Медицинский Университет (Баку)

Целью исследований является улучшение результатов лечения больных с синдромом Меллори-Вейсса путем совершенствования методов локального эндоскопического гемостаза. В основу работы положены результаты обследования и лечения 19 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями при синдроме Меллори-Вейсса, находившихся на стационарном лечении во 2-й ГКБ им. М. Эфендиева в период с 2003 по 2009 гг. В исследование были включены больные с достоверными клиническими и эндоскопическими признаками кровотечениями. Среди 19 больных было 14 (73,7 %) мужчин и 5 (26,3 %) женщин. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Большинство больных поступило в стационар или отделение реанимации для выполнения ЭГДС в первые сутки от начала кровотечения – 13 (68,4 %) больных. У 4 (21,1 %) пациентов до госпитализации прошло от одних до трех суток, и, наконец, 2 (10,5 %) пациента прибыли в стационар спустя 72 часа от начала кровотечения. Рвота с кровью однократная наблюдалась у 11 (57,9 %) пациентов, многократная – у 8 (42,1 %), что указывало на клинику продолжающегося пищеводно-желудочного кровотечения. Большинство пациентов доставлено в стационар в состоянии средней тяжести – 9 (47,4 %). Лечебно-диагностическая фиброгастродуоденоскопия проводилась в шоковой палате отделения реанимации на функциональном столе после проведения или одновременно с комплексом консервативных мер, направленных на восполнение кровопотери, стабилизацию показателей гемодинамики и остановку кровотечения. При массивном продолжающемся кровотечении исследование выполнялось в операционной, одновременно с реанимационными и противошоковыми мероприятиями. Эндоскопические исследования и лечебные манипуляции выполнялись гастроинтестинальными эндоскопами фирмы «OLYMPUS» серии GIF-XQ30, «Fujinon» – FG-201 FP, «Lomo» Pentax

FG34-W. При введении лекарственных гемостатических средств используя инъекционные иглы фирмы «ОЛИМПАС» производили инфильтрацию вдоль разрыва слизистой оболочки раствором новокаина 5 мл + адреналин 1 мл, что позволило более отчетливо визуализировать источник кровотечения. Вторым этапом инфильтрации являлось введение в подслизистый слой через те же точки склерозанты – 70% этилового спирта, этоксисклерола или полидоканола по 2–3 мл. На момент осмотра у 8 (42,1 %) больных имелась картина продолжающегося кровотечения (F1a, F1b) и у 11 (58,0 %) больных имелась эндоскопическая картина состоявшегося кровотечения (F2a, F2b, F3). В первой группе наблюдаемых больных использовали инъекционно-инфильтративный метод местного гемостаза. Первичный эндоскопический гемостаз был эффективен в 5 (62,5 %) случаях. Рецидивное кровотечение отмечено у 3 (37,5 %) пациентов, из них эффективный повторный эндоскопический гемостаз удался у 2 (25,0 %) пациентов. В 1 (12,5 %) случае пришлось выполнить экстренное оперативное вмешательство. Применение во время ургентной эзофагогастродуоденоскопии у больных с синдромом Меллори-Вейса метода инъекционно-инфильтрационного гемостаза позволило предотвратить опасность рецидива кровотечения, снизить количество экстренных оперативных вмешательств. Данный метод дает ряд преимуществ, таких как надежность, достаточная эффективность, доступность и относительная безопасность в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами.

А.В. Роговченко, С.В. Ишутин, Д.А. Островский, Д.В. Ветохин

АМБУЛАТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

МБУЗ Городская поликлиника № 1 (Благовещенск)

По данным международной согласительной комиссии 60–80 % населения развитых стран страдают хронической венозной недостаточностью вследствие варикозной болезни нижних конечностей, у 7 % больных возникают трофические язвы нижних конечностей. На лечения трофических язв уходит до 6 % годового медицинского бюджета развитых стран, что сравнимо с затратами на лечения больных ишемической болезнью сердца, подвергающихся аорто-коронарному шунтированию.

Лечение больных варикозной болезнью в условиях отделения дневного пребывания представляется экономически выгодным по сравнению с лечением в специализированном стационаре. Использование этапных операций по устранению патологических рефлюксов удлиняет время лечения и реабилитации больных с осложненной варикозной болезнью. Нами применяется одномоментная флебэктомия с коррекцией патологического сброса по перфорантным венам и удаление варикозно-изменных притоков.

В отделении дневного пребывания МУЗ Городская поликлиника № 1 с марта 2010 г. оперировано 112 больных с хронической венозной недостаточностью 1–3 степени, обусловленной варикозной болезнью (по классификации В.С. Савельева). Дооперационная диагностика включала в себя осмотр, сбор анамнеза, УЗДС вен, клинико-биохимические исследования.

Выполнены следующие операции: флебэктомия БПВ – 59 пациентов, флебэктомия МПВ – 9 пациентов, флебэктомия БПВ в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени – 44, у 4 пациентов с длительнонезаживающими язвами размерами 60–80 $см^2$, устойчивыми к лечению, дополнительно выполнена роторная аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, взятым с бедра.

Операция проводилась под местной, общей и перидуральной анестезией. Производилась флебэктомия патологически изменой БПВ или МПВ на стороне поражения, в сочетании с эндоскопической субфасциальной диссекцией перфорантных вен голени при трофических изменениях голени. Для эндоскопической диссекции перфорантных вен используется набор инструментов немецкой фирмы Richard Wolf. Визуализация подфасциального пространства осуществлялась путем инсуфляции CO_2 до 14 мм рт.ст. Перфорантные вены коагулируем биполярным коагулятором, при диаметре больше 5 мм применяем клиппирование клипсами. Подфасциальное пространство дренируется силиконовой трубкой на 1 сутки. После операции назначаются венотонизирующие средства детралекс, троксевазин, ношение компрессионного трикотажа (Medi, Venoteks), эластичных бинтов, активизируем больного в день операции. Через 4–6 часов после предварительного осмотра хирурга и анестезиолога, коррекции повязок, обезболевания нестероидным аналгетиком, дачи рекомендаций, больных транспортируем домой на транспорте поликлиники в сопровождении медперсонала. Больным выдается разработанная памятка рекомендаций после операции с контактным телефоном врача. Лечащий врач в день операции звонит в вечернее время больным для контроля за их состоянием. Больные после операции принимают анальгетики в терапевтических дозах, являются на следующий день для осмотра и перевязки, затем осмотры проводятся по показаниям. Отмечено 2 осложнения в виде инфильтратов голени, которые лечили консервативно. Язвы с пересаженными лоскутами кожи зажили, рецидива не было. Больные проходят

курс реабилитации и восстановительного лечения тут же в поликлинике, которое включает в себя ЛФК, физиолечение, склеротерапию.

В послеоперационном периоде больным по показаниям проводится инъекционная склеротерапия 0,5 – 1% раствором фибровейна, что позволяет уменьшить операционную травму, связанную с удалением патологических притоков, а так же улучшить функциональное и косметическое состояние конечности. Процедуры выполняются 2 – 3 раза в послеоперационном периоде.

Применение одномоментных операций, направленных на коррекцию патологических венозных рефлюксов при трофических изменениях кожи, в сочетании со склеротерапией, ранней реабилитацией и восстановительным лечением позволяет уменьшить время нетрудоспособности на 25 – 30 %, улучшить косметическое и функциональное состояние конечности.

Использование эндоскопической техники позволяет выполнить одномоментную операцию по ликвидации патологических венозных рефлюксов, удаление патологически измененных вен. Затраты на лечение и реабилитационные мероприятия уменьшаются по сравнению с больными, которым выполняются операции в стационарных условиях. Экономия бюджетных средств составляет 50 – 60 % по сравнению со стационарным лечением, нет осложнений, связанных с госпитальной инфекцией. Больные наблюдаются у оперирующих хирургов, что вырабатывает у пациента более доверительное отношение, а хирург наблюдает весь период реабилитации и восстановления, с возможностью своевременной коррекции оставшихся изменений.

Использование законченного цикла больных с варикозной болезнью, включающего в себя обследование пациентов, оперативное лечение, реабилитацию, восстановительное лечение позволило улучшить качество оказания помощи данной категории больных, снизить затраты на их реабилитацию и лечение.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев, А.Ф. Потапов

ИСКУССТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТЕРИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных стерильными формами панкреонекроза путем дифференцированного применения искусственных методов детоксикации в комплексной консервативной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на анализе результатов лечения 65 больных стерильным панкреонекрозом. Диагноз панкреонекроз и его осложнения верифицированы на основании комплексного клинического обследования с обязательной оценкой уровня эндогенной интоксикации (ЭИ) по содержанию молекул низкой и средней молекулярной массы (ВНиСММ) и олигопептидов (ОП) в плазме, эритроцитах крови и моче с выделением фаз ЭИ. Оценка степени тяжести и выраженности полиорганной недостаточности проводилась по интегральным системам-шкалам Ranson, APACHE II и SOFA. Все больные были разделены на две группы в зависимости от распространенности некротического процесса: группа «А» – больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом (ОСП) – 23 (35,4 %), вторая группа «В» – больные с распространенным стерильным панкреонекрозом (РСП) – 42 (64,6 %). В каждой группе были выделены три подгруппы (a, b, c), в зависимости от развивающегося вида внутрибрюшного осложнения: подгруппа «а» – ферментативный асцит-перитонит, подгруппа «b» – парапанкреатический инфильтрат и подгруппа «с» – псевдокиста поджелудочной железы. Показаниями к проведению экстракорпоральных методов детоксикации (ЭМД) являлись: больные с III – IV – V фазами ЭИ, тяжестью общего состояния по интегральным шкалам Ranson > 3, APACHE II > 9 баллов и SOFA более 4 баллов. Искусственная детоксикация проводились общепринятыми методиками и включала следующие методы: дискретный плазмаферез (ПФ); гемодиализ (ГД), гемодиафильтрация (ГДФ), гемофильтрация (ГФ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группе «А» и ее подгруппах (a, b, c), характер изменений гомеостаза всегда соответствовал второй фазе ЭИ (неполной компенсации или накопления токсических продуктов), который с успехом коррегировался стандартной консервативной терапией. Обнаружено, что у 24 (57,2 %) больных группы «В», в подгруппах (a, b), исходный характер изменений значений ВНиСММ и ОП соответствовал третьей фазе ЭИ (временная декомпенсация органов и систем детоксикации). В подгруппе «с» лишь у 3 (7,1 %) пациентов диагности-

рована третья фаза ЭИ, в остальных 3 (7,1 %) случаях изменения гомеостаза соответствовали второй фазе ЭИ. В 7 (16,7 %) случаях у пациентов подгруппы «а», диагностирована четвертая фаза ЭИ (необратимая декомпенсация органов и систем детоксикации) и пятая фаза ЭИ (терминальная), выявленная в подгруппе «b» – у 5 (11,9 %) больных. Данное обстоятельство потребовало использования таких методов ЭМД, как ГД, ГДФ и ГФ, обладающих эффективностью при значительных нарушениях гомеостаза. Наиболее часто применялись ГФ и ГДФ, которые нами использованы у 33,4 % и 47,6 % больных соответственно, что позволило эффективно обеспечить элиминацию токсинов крови. Так, после ГД, примененного у 5 (11,9 %) пациентов отмечалось снижение в крови уровня билирубина, мочевины и креатинина, K^+, Na^+, ВНиСММ и ОП, тяжести состояния и выраженности полиорганной недостаточности по шкалам Ranson, APACHE II и SOFA на 7-10 % после каждого сеанса. Достоверное снижение токсемии наблюдалось и после сеансов ГФ и ГДФ. В ходе исследования отмечено, что нередко, на фоне проведения ГД и ГДФ отмечалась дестабилизация основных гемодинамических показателей с развитием неуправляемой гипотонии, что требовало прекращения сеанса эфферентной детоксикации. В сложившейся клинической ситуации, альтернативой ГД и ГДФ явилось использование ГФ. Метод ГФ лишен отрицательных свойств других, часто используемых методов детоксикации, таких как: невозможность проведения в условиях суб- или декомпенсации сердечно-соудистой и дыхательной деятельности, грубых электролитных нарушений, гемоконцентрации.

ВЫВОДЫ

1. Лучший клинический эффект при тяжелом течении панкреонекроза достигается при применении фильтрационно-диализных методов детоксикации (ГД, ГДФ, ГФ).
2. Методом выбора первого сеанса эфферентной детоксикации при нестабильных показателях гемодинамики, выраженных явлениях эндотоксемии и признаках угнетения функций органов жизнеобеспечения может служить ГФ, в последующем целесообразно подключение ГДФ.
3. Стремление к упреждающему характеру применения искусственных методов детоксикации, когда сохранены собственные компенсаторные возможности органов естественной детоксикации, дает более выраженный лечебный эффект.

В.В. Савельев, Н.М. Гоголев, С.Х. Шамаева, А.Ф. Потапов, У.С. Портнягина

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭМПИРИЧЕСКОЙ И ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных инфицированными формами панкреонекроза путем совершенствования эмпирической и этиотропной антибактериальной терапии.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представленная работа основана на анализе результатов комплексного консервативного и хирургического лечения 50 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2008 по 2011 гг. Диагноз панкреонекроз и развитие его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего: клинические данные, лабораторные исследования (включая оценку уровня эндогенной интоксикации по содержанию веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов в плазме, эритроцитах крови и моче с выделением 5 фаз эндогенной интоксикации). Оценка тяжести общего состояния и выраженности полиорганной недостаточности у больных панкреонекрозом проводилась с использованием интегральных систем-шкал, Ranson, APACHE II и SOFA.

Для проведения микробиологического исследования посев биоматериалов, культивирование, выделение чистой культуры микроорганизмов проводили по общепринятым методикам. Идентификацию выделенных условно-патогенных микроорганизмов проводили классическими методами с использованием тест-системы API (bioMerieux, Франция). Антибиотикочувствительность определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием набора стандартных дисков с противомикробными препаратами. Выявление β-лактамазы расширенного спектра у штаммов *Enterobacteriaceae* проводили фенотипическими методами. Для выявления продуцирующих металло-β-лактамазу штаммов использовали «HODGE-test». Внутренний контроль качества осуществляли с использованием международных

референс-штаммов *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Enterococcus faecalis* ATCC 29212, Escherichia coli ATCC 25922.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам наших исследований развитие панкреатогенного абсцесса отмечено у 9 (18 %) больных группы «А». Такая форма панкреатогенной инфекции как инфицированный панкреонекроз (группа «В»), выявлена в ходе исследования у 17 (34 %) больных. Сочетание инфицированного панкреонекроза с панкреатогенным абсцессом выявлено нами в 24 (48 %) случаях (группа «С»).

Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при панкреатогенной инфекции преобладает грамотрицательная флора, составившая 69,3 % от всех выделенных культур. Среди грамотрицательных бактерий превалировали неферментирующие грамотрицательные бактерии: *Pseudomonas aeruginosa* – 31,1 %, *Acinetobacter spp.* – 7,1 %, семейство *Enterobacteriaceae*: *Klebsiella pneumoniae* – 13,8 % и *Escherichia coli* – 10,2 %. Грамположительная флора выявлена в 27,0 % исследований. Преобладающими агентами среди грамположительных бактерий явились возбудители рода энтерококков, в частности, *E. faecalis* – 11,2 %, *E. faecium* – 8,2 % и коагулазонегативные штаммы: *S. epidermidis* – 3,6 % и *S. saprophyticus* – 1,5 %. Грибковая инфекция была в основном представлена *Candida spp.* и обнаружена в 3,0 %.

В качестве основных стартовых препаратов для антибиотикотерапии включались препараты, обладающие наибольшей эффективностью в отношении большинства возбудителей, как абдоминальной, так и нозокомиальной инфекции (цефаперазон/сульбактам, меропенем, пефлоксацин), при этом обязательно учитывалась микробиологическая ситуация в конкретном многопрофильном хирургическом стационаре.

ВЫВОДЫ

1. На определенном этапе развития панкреатогенной инфекции, панкреатогенного сепсиса наступает, по своей сути, борьба с нозокомиальной и условно-патогенной инфекцией, отличающейся высокой резистентностью к антибиотикам.

2. Эффективность антибиотикотерапии и соответственно повышение вероятности благоприятного исхода заболевания во многом зависит от правильного использования информации о микробиологической ситуации в конкретном хирургическом стационаре.

3. Данные мониторинга нозокомиальной флоры и ее резистентности к антибактериальным препаратам позволят обеспечить, прежде всего, обоснованный и адекватный режим эмпирической антибиотикотерапии.

4. Исследования показали, что наиболее эффективными антибактериальными средствами в лечении панкреатогенной инфекции (на примере конкретного хирургического стационара) являются препараты группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения (ингибиторзащищенные).

5. Безусловно, резистентность микробных агентов к антибиотикам с течением времени повышается, поэтому непременным условием антибиотикотерапии является своевременное пополнение больничного формуляра эффективными антибактериальными препаратами.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных стерильным панкреонекрозом путем использования лечебной лапароскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на анализе результатов консервативного и хирургического лечения 257 больных в стерильной фазе панкреонекроза с различными клинико-морфологическими формами осложнений заболевания, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) за период с 2008 по 2012 гг. Из 257 больных у 89 (34,6 %) больных диагностирован ферментативный асцит-перитонит. При лечении 56 (62,9 %) пациентов применялась лечебно-диагностическая лапароскопия. Лапароскопия выполнялась с использованием эндоскопической системы Karl Storz Endovision ®DCI® с системой авторотации

(ARS) — цифровая одиночная камера, цветовые системы PAL, NTSC со встроенным цифровым модулем обработки изображений. Набором лапароскопов DCI® HOPKINS®II (крупноформатная оптика — 10 мм), троакаров, щипцов, ножниц, диссекторов, экстракторов Karl Storz ClickrLine®.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными показаниями для проведения лапароскопии при стерильном панкреонекрозе, осложнением которого явилось развитие ферментативного перитонита, были: наличие свободной жидкости более чем в трех отделах брюшной полости без тенденции к уменьшению в течение 24—48 часов, присутствие явлений ферментативной токсемии, нарастание полиорганной недостаточности на фоне проводимой многокомпонентной консервативной терапии. Развитие панкреонекроза, осложненного ферментативным асцит-перитонитом, подтверждалось клинико-лабораторными и инструментальными показателями, свидетельствующими о неэффективности проводимой многокомпонентной консервативной терапии в течение 3—5 суток от момента госпитализации с нарастанием уровня эндотоксемии и как следствие, появлением нарушений функции органов и систем. Данный факт также находил свое отображение в нарастании исходной суммы баллов по факторам прогнозируемого риска по интегральным шкалам ТФС и APACHE II. Пациенты оперированы в объеме лапароскопической санации, дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. Несмотря на проведенный комплекс консервативных и оперативных мероприятий у 5 (8,9 %) больных отмечено прогрессирование патологического процесса и инфицирование зон деструкции ткани железы и экссудата брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии и использования «закрытых» и «полуоткрытых» методов дренирования брюшной полости и сальниковой сумки, при этом умерло 2 (3,6 %) больных.

ВЫВОДЫ

Таким образом, комплексное лечение больных стерильным панкреонекрозом, осложненным развитием ферментативного асцит-перитонита, при имеющихся строгих показаниях, должно включать применение лечебно-диагностической лапароскопии, как более информативного, менее опасного и травматичного, а также, более эффективного метода хирургического вмешательства по сравнению с традиционной лапаротомией. Лечебно-диагностической лапароскопии, при имеющихся показаниях, должно отдаваться предпочтение перед консервативными методами лечения.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФАРКТАМИ И ИНСУЛЬТАМИ В ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ РЕГИОНЕ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

В нашей стране ежегодно сердечно-сосудистыми заболеваниями страдают более 15 млн. человек, а в структуре смертности эта патология достигла катастрофических значений — более 56,4 %, которая чаще всего обусловлена острым атеротромбозом, в 50 % развивающимся на фоне полного здоровья.

В Дальневосточном регионе ежегодно должно выполняться до 3000—4000 каротидных эндартерэктомий, до 10000 чрескожных рентгеноэндоваскулярных вмешательств, 1,5—2 млн. флебэктомий. Реальные объемы этих вмешательств не превышают 10—15 % от необходимых. Отсутствует сердечно-сосудистая направленность здравоохранения, нет кадров, полноценно владеющих этой специальностью.

МЕТОДОЛОГИЯ

Патология сердца и сосудов требует своевременной диагностики, рентгеноэндоваскулярного или хирургического лечения, проведения непрерывных реабилитационных мероприятий, которые невозможно осуществить только на специализированных сердечно-сосудистых койках круглосуточных стационаров, общехирургических койках круглосуточных стационаров, амбулаторных приемах в поликлиниках. Специализированные и общехирургические койки круглосуточных стационаров характеризуются малой пропускной способностью, невозможностью охвата всех нуждающихся реабилитационными мероприятиями. Особенностями амбулаторной сердечно-сосудистой помощи является то, что реабилитацией в поликлиниках занимаются терапевты, кардиологи, невропатологи, хирурги: сердечно-сосудистый хирург, ангиохирург и ангиолог отсутствуют в штатном расписании амбулаторно-поликлинических учреждений, в составе консультативно-диагностических центров хирург выполняет роль консультанта.

Выход из тупика — создание региональных сосудистых центров сердечно-сосудистой хирургии, включающих отделения: кардиохирургии, рентгеноэндоваскулярной диагностики и лечения, нарушений сердечного ритма, хирургии сосудов, амбулаторной диагностики и лечения сердечно-сосудистой патологии, выездной неотложной сердечно-сосудистой помощи. Региональный сердечно-сосудистый центр должен быть юридическим лицом.

РЕЗУЛЬТАТЫ

К сожалению, национальный проект «Совершенствования помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» нередко организаторы здравоохранения на местах трактуют однобоко, уделяя основное внимание тромболитической терапии при лечении острого коронарного синдрома и острых нарушений мозгового кровообращения, компьютерной диагностике ишемического процесса и перспективе направления этой категории больных в федеральные сердечно-сосудистые центры. В итоге только у 3—5 % больных в сроки «терапевтического окна» в региональных сосудистых центрах восстанавливают кровоток причинных артерий вызвавших инфаркт или инсульт. Мы наблюдаем, как региональные сердечно-сосудистые центры создают на базе нескольких лечебных учреждений с разными формами собственности, что значительно затрудняет руководство, стратегию, оказание медицинской помощи пациентам сердечно-сосудистого профиля.

ВЫВОД

Необходимо формирование законодательной, правовой, нормативной базы по организации региональных сердечно-сосудистых центров в Дальневосточном регионе, учитывая площадь, плотность населения, используя потенциал учреждений, осуществляющих конкретные направления деятельности по профилю сердечно-сосудистая хирургия в регионе.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Н.В. Канюшкин, Е.В. Дерягин

ПОЧЕМУ МЫ НЕ ПРОВОДИМ ПРОФИЛАКТИКУ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ?

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на активную популяризацию необходимых мер профилактики венозного тромбоза, количество эмбологенных осложнений и развитие постэмболической легочной гипертензии не имеет тенденции к снижению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июня 2003 г. № 233 утвержден отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах» (ОСТ 91500.11.0007-2003). В течение последних пяти лет Министерством здравоохранения России четырежды издавались методические рекомендации: Савельев В.С. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений. — М., 2000. — 20 с.; Шевченко Ю.Л., Савельев В.С. Профилактика тромбоэмболических осложнений у хирургических больных в многопрофильном стационаре. — М., 2004. — 24 с.; Савельев В.С., Бокарев И.Н. Венозные тромбозы и тромбоэмболия легочных артерий (венозные тромбоэмболические осложнения). — М., 2006. — 20 с.; Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений от 27.11.2009. В них отражены принципы профилактических мероприятий, выделены степени риска развития тромбоэмболических осложнений, разработаны схемы специфической профилактики и их лабораторного контроля. Нами проведена очная и заочная целевая экспертиза профилактики венозных тромбоэмболических осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате выполнение компрессионного регламента выявлено всего у 14 % оперированных больных. Из них в 12 % применялись эластические бинты, в 2 % — госпитальный медицинский трикотаж. Прерывистая пневмокомпрессия нижних конечностей не применяется в клиниках и больницах Амурской области. Миниинвазивность, атравматичность вмешательств, раннее вставание после оперативного лечения отмечено в 43 % случаев. Анализ выполнения специфической медикаментозной профилактики

выявил использование гепаринов при средней и высокой степени риска венозных тромбоэмболических осложнений в 22 %, при этом в 10 % отсутствовала преемственность выполнения назначений при переводе больных из реанимации в отделения хирургического профиля, что опасно развитием рекошетных тромбозов. Лабораторный контроль антикоагулянтной терапии имел место в 35 % наблюдений. У 95 % пациентов со средней и высокой степенью риска венозных тромбоэмболических осложнений не выполнялась в послеоперационном периоде скрининговая ультразвуковая диагностика венозного тромбоза в бассейне нижней полой вены.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Неудовлетворительное состояние профилактики венозных тромбоэмболических осложнений послужило принятию административного решения по лечебно-профилактическому учреждению. Издан приказ по ЛПУ об обязательном исполнении приказа МЗ РФ № 233 с персональной ответственностью врача-хирурга и контролем заведующего отделения. В протоколы лечения ЛПУ включена профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

ВЫВОДЫ

Распоряжение министерства здравоохранения субъекта Федерации должно определить ответственность главных врачей ЛПУ по профилактике венозных тромбоэмболических осложнений. Приказ главного врача по ЛПУ позволит персонализировать ответственность исполнителя при проведении медицинской услуги (профилактике венозных тромбоэмболических осложнений). Лечебные учреждения, не выполняющие профилактику венозных тромбоэмболических осложнений, должны контролироваться органами Росздравнадзора и страховыми медицинскими организациями, вплоть до отзыва лицензии на медицинскую деятельность.

А.П. Сахарюк, В.В. Шимко, А.Н. Емец, Е.П. Иванова, Е.В. Дерягин, Н.В. Канюшкин

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Эффективность лечения легочной эмболии зависит от своевременности выявления причинно-следственной связи от асимптомного венозного тромбоза до первого эпизода тромбоэмболии мелких, сегментарных и долевых ветвей легочной артерии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным Ассоциации флебологов России вероятность развития венозного тромбоза в послеоперационном периоде составляет от 25 до 75 %, в зависимости от характера оперативного вмешательства. В 40 % венозный тромбоз в бассейне нижней полой вены имеет эмбологенный характер. В нашей клинике применяется ультразвуковая скрининговая диагностика бассейна нижней полой вены у больных со средней и высокой степенью риска венозных тромбоэмболических осложнений на 2 — 3 день послеоперационного периода.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение 2011 г. в условиях муниципальной больницы исследование бассейна нижней полой вены позволило выявить асимптомный венозный тромбоз у 32 % (256) больных в послеоперационном периоде. У 71 пациента проксимальный отдел тромба имел эмбологенный характер (длина флотирующего сегмента более 4 — 5 см, подвижность, неоднородность структуры). Все пациенты с эмболоопасными тромбозами оперированы: удаление флотирующей части и/или перевязка вены над венозной окклюзией. Летальности, связанной с тромбоэмболией легочных артерий не было. Пациентам с костной травмой нижних конечностей и окклюзионным неэмбологенным тромбозом одномоментно выполнялась операция лигирования вены над тромбом и костная репозиция и фиксация перелома. Оперировано 65 человек, летальности от венозных тромбоэмболических осложнений не было.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Не нужно объяснять исходы лечения больных хирургического профиля, когда игнорируется тактическая схема выявления асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде. Невыполнение

данной тактики ведения послеоперационного периода создает иллюзию благополучия в плане тромбоэмболических осложнений, а массивная тромбоэмболия легочной артерии, регистрируемая у 20 — 30 пациентов в год воспринимается как фатальная неизбежность послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

Без обязательного ультразвукового скрининга асимптомного венозного тромбоза в послеоперационном периоде у больных с высоким и средним риском венозных тромбоэмболических осложнений невозможно снижение летальности от ТЭЛА в многопрофильном стационаре.

Д.Н. Семенов, В.Г. Игнатьев, Н.М. Гоголев, В.С. Гусаревич

ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГБУ РС (Я) РБ № 2 ЦЭМП (Якутск)

Актуальность проблемы лечения критической ишемии нижних конечностей определяется поздней обращаемостью больных, тяжестью исходного состояния, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Проблема болезней сосудов нижних конечностей, несмотря на развитие медицины, до сих пор не решена. Лечению болезней сосудов в подготовке врачей общей практики уделяется недостаточно внимания. Многие врачи плохо ориентируются в диагностике сосудистых поражений и передают пациентов сосудистому хирургу в запущенной стадии. Основные заболевания, ведущие к критической ишемии это — атеросклероз, тромбангиит и эндартериит (воспаление артерий), диабетическое поражение сосудов. Наиболее тяжелыми и трудными в лечении критической ишемии являются воспалительные и диабетические поражения. Точной информации о частоте встречаемости критической ишемии нижних конечностей нет. Результаты национального исследования, проведенного Vascular Society of Great Britain, говорят о 400 больных на 1 млн населения в год. Если учесть, что 3 % населения страдают перемежающейся хромотой и у 5 % из них в течение 5 лет может развиться критическая ишемия, то частота ее встречаемости равна 300 случаям на 1 млн. населения в год. Около 90 % всех ампутаций выполняются по поводу выраженной ишемии нижних конечностей и у 25 % пациентов с критической ишемией потребуется ампутация голени или бедра, отсюда частота критической ишемии будет равна 500 — 1000 пациентов на 1 млн. населения в год. У диабетиков критическая ишемия наблюдается примерно в пять раз чаще, трофические нарушения развиваются у 10 % пациентов с сахарным диабетом в пожилом возрасте.

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и носит характер неинфекционной эпидемии. В настоящее время около 200 млн. человек в мире страдают сахарным диабетом, при этом количество больных ежегодно увеличивается на 5 — 7 % и каждые 15 лет удваивается. По прогнозам экспертов ВОЗ, их число к 2025 г. достигнет 325 млн. человек, а у 410 млн. человек будет определяться нарушенная толерантность к глюкозе. Сахарный диабет характеризуется ранней инвалидизацией и высокой смертностью больных вследствие развития поздних сосудистых осложнений. Это обстоятельство ставит сахарный диабет в ряд социально значимых заболеваний.

КЛИНИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ И ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

За 3-летний период (2009 — 2011 гг.) в отделении гнойной хирургии 124 (80,5 %) пациента получили оперативное лечение по поводу критической ишемии нижних конечностей, из них ампутации нижних конечностей выполнены у 77 (50 %) больных. Средний возраст составил 60 лет. Самому молодому было 37 лет, самому пожилому 84 года. Мужчин было — 79 человек, женщин — 75. Атеросклероз артерий нижних конечностей имел место у 67 (43,5 %) больных (42 мужчины и 25 женщин). Сочетание атеросклероза и диабета наблюдалось у 81 (52,6 %) больного (31 мужчина и 50 женщин). Болезнь Бюргера имела место у 2-х (1,3 %) больных и облитерирующий эндартериит — у 4 (2,6 %).

Тяжесть состояния больных определялась тяжелой патологией и клинической картиной тяжелой эндогенной интоксикации. Ишемической болезнью сердца страдали 74 (48 %) человека, постинфарктный кардиосклероз имелся у 15 (9,7 %) больных, мерцательная аритмия у 6 (3,9 %) пациентов, гипертоническая болезнь выявлена у 86 (55,8 %). Острые мозговые нарушения в анамнезе зафиксированы у 2-х (1,3 %) больных. Помимо клинических показателей и биохимических анализов крови тяжесть состояния подтверждалась уровнем мочевины и креатинина в плазме, эритроцитов и белка в моче.

С целью уточнения уровня поражения артериального русла была выполнена селективная ангиография артерий нижних конечностей в экстренном порядке у 12 (7,8 %) человек, ультразвуковая допплерография проведена у 37 (24 %) больных. К сожалению, выполнить ангиографию и дуплексное сканирование в экстренном порядке не всегда возможно. Вероятно, что применение ангиографии и/или ультразву-

ковых методов исследования в экстренном порядке позволило бы ангиохирургам выработать наиболее оптимальную хирургическую тактику.

Трем 6ольным (2 %) с сухим некрозом мягких тканей нижних конечностей предприняли попытку шунтирования бедренно-подколенного сегмента с хорошим клиническим результатом. 47 (30,5%) пациентам проведены малые хирургические вмешательства такие как: экзартикуляция пальцев и некрэктомия. Данной группе больных, дальнейших операций не потребовалось, и они были выписаны на амбулаторное лечение.

У 77 (50 %) больных единственным методом лечения была ампутация конечности. У 8 человек предшествовал ряд малых операций (экзартикуляция, некрэктомия), но в связи с прогрессированием критической ишемии конечностей, им были проведены высокие ампутации. Ампутация на уровне стопы проведена 12 больным, на уровне голени 7 больным, 58 человек перенесли высокую ампутацию. Консервативной терапии, без операций, подверглись 30 (19,5 %) больных. Умерло 11 больных, летальность составила 7,1 %.

Причиной неблагоприятных исходов стали у 7 больных прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность, у 1 — острый инфаркт миокарда, у 3-х — развитие сепсиса.

ВЫВОДЫ

1. У больных, поступивших в стационар с критической артериальной непроходимостью, как правило, имеется комплекс тяжелой сердечно-сосудистой патологии, который является одной из важных причин возникновения нарушения проходимости магистральных артерий.

2. Увеличилось количество больных с сочетанием атеросклероза артерий нижних конечностей и сахарного диабета 81 больной (52,6 %). Среди них увеличилось удельное количество женщин — 50 (61,7 %).

3. При критической ишемии нижних конечностей необходимо применение ангиографии и/или дуплексного сканирования в экстренных случаях, что позволит оптимизировать тактику ангиохирурга и улучшить результат. Основным эффективным методом лечения ишемии нижних конечностей является аутовенозное микрошунтирование, либо применение эндоваскулярных методов лечения с применением баллонной ангиопластики или стентирования артерий нижних конечностей.

4. Летальность составила 7,1 %. В каждом конкретном клиническом случае критической ишемии нижних конечностей необходим критический анализ. С учетом давности и степени артериальной непроходимости необходимо тщательно взвешивать, что для больного наиболее оптимально: экстренная реконструктивная операция или выжидательная хирургическая тактика с проведением рациональной инфузионной терапии; либо же нужна высокая ампутация конечности.

А.Н. Сидоров, А.Г. Захаров, П.А. Неустроев, А.Д. Макаров, И.Е. Бодунов, Д.Х. Тимирдяев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

Хирургическое отделение № 1, РБ № 1 – НЦМ (Якутск)
Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

В хирургической онкологии поджелудочной железы ведущую роль занимают опухолевые поражения головки и периампулярной области. За последние 30 лет заболеваемость раком поджелудочной железы в России возросла на 30 %.

В хирургическом отделении № 1 Национального центра медицины за период с 2005 по 2011 гг. находились на лечении 61 пациент с опухолью панкреатодуоденальной области; у 48 (79 %) был рак головки поджелудочной железы, у 2-х (3 %) — рак тела и хвоста поджелудочной железы, у 8 (13 %) — рак большого дуоденального сосочка, у 3-х (5 %) — рак дистального отдела общего желчного протока. Преобладали пациенты в возрасте старше 50 лет (47 пациентов, 77 %). У 55 (90 %) пациентов при поступлении была картина механической желтухи. Морфологическая верификация в большинстве случаев (35 больных, 57 %) была произведена только после интраоперационной экспресс-биопсии. По нашим данным, преобладающий морфологический вариант опухоли — аденокарцинома различной степени дифференцировки (38 пациентов, 62 %), протоковый рак поджелудочной железы — 2 (3 %), бластома холедоха — 1 (1,6 %), холангиоцеллюлярный рак — 1 (1,6 %), карциноидная опухоль — 1 (1,6 %), солидный псевдопапиллярный рак — 1 (1,6 %).

С 2005 по 2011 г. выполнено 10 панкреатодуоденальных резекций (1-я группа больных), по поводу рака головки поджелудочной железы — у 5 пациентов и большого дуоденального сосочка — 5. В 2-х случаях операция завершилась формированием панкреатоеюноанастомоза на каркасном дренаже и выведением

микропанкреатостомы, в 8 — наложением панкреатоеюноанастамоза вшиванием панкреатического протока в кишку. Способ обработки культи поджелудочной железы зависел от ее состояния. При неизмененной паренхиме и малом диаметре вирсунгова протока панкреатоеюноанастамоз накладывался на каркасном дренаже (с использованием эпидурального катетера наружным диаметром 1,0 мм). Если же железа была фиброзно изменена, а диаметр протока был достаточно велик, принималось решение в пользу панреатоеюноанастамоза без каркасного дренирования, вшиванием протока в кишку. При этом в данной группе больных летальных исходов не было.

Во второй группе больных ввиду невозможности выполнения радикальной операции выполнены следующие виды обходных анастамозов: 19 — гепатикоеюноанастомозов и 20 холецистоэнтероанастамозов. Среди них — 1 летальный исход. Таким образом, решение проблемы продления и улучшения качества жизни больных с раком поджелудочной железы и периампулярной области складывается из своевременной диагностики заболевания и адекватного лечения. Широкое применение радикальных оперативных вмешательств ограничено поздним выявлением болезни. Для улучшения результатов лечения больных с данной патологией необходимо дальнейшее совершенствование техники операций и внедрение расширенных радикальных хирургических вмешательств.

М.Б. Скворцов, О.М. Александров

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА И ИХ РОЛЬ В ОБОСНОВАНИИ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразивтия РФ (Иркутск)

Большая распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, выраженная тенденция к увеличению заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение и влияние на качество жизни пациентов подтверждают актуальность выбора способа лечения. Одним из осложнений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является рефлюкс-эзофагит.

В настоящее время необходимость хирургического лечения рефлюкс-эзофагита не вызывает сомнений. Показаниями к хирургическому лечению считаем неэффективность хирургического лечения, осложненные формы рефлюкс-эзофагита. К осложненным формам относим язвенный и стенозирующий рефлюкс-эзофагит, подозрение на малигнизацию, пищеводное кровотечение, пищеводный свищ, пищевод Барретта, рубцующийся рефлюкс-эзофагит без стеноза, бронхо-респираторные нарушения.

Большинство современных авторов, признавая рефлюкс-эзофагит, основой лечения видят в различных способах воздействия на кислотопродуцирующую функцию желудка, иногда даже не говорят о рефлюкс-эзофагите и замалчивают методы лечения, диагностики и устранения самого рефлюкса в пищевод. Распространено мнение о том, что основной причиной рефлюкс-эзофагита является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — скользящая, аксиальная, параэзофагеальная и т.д.

С 1975 по март 2012 г. нами пролечено 1188 больных рефлюкс-эзофагитом. Из них 1082 были оперированы. Антирефлюксные операции в разных модификациях выполнили 951 больному, резецирующие операции — 131 больному. Резекцию пищевода выполняли больным рефлюкс-эзофагитом с короткими и длинными пептическими стриктурами пищевода. У большинства больных пептическими стриктурами пищевода резекцию пищевода выполняли абдомино-цервикальным трансдиафрагмальным доступом с пластикой целым желудком, проведенным через заднее средостение с анастомозом на шее (79). При необходимости абдомино-цервикальный доступ во время пластики пищевода целым желудком дополняли правым трансплевральным доступом у 4 больных. При высоких пептических стриктурах выполняли резекцию пищевода с пластикой по Льюису у 4-х пациентов, резекцию пищевода с пластикой по А.Ф. Черноусову — у 6, резекцию пищевода левым трансплевральным доступом — у 1, субмускулярную резекцию пищевода — у 3, резекцию пищевода с наложением гастростомы и эзофагостомы — у 1 больного. За последние 13 лет из 82 больных после резекции пищевода умерли двое пациентов (2,4 %).

В течение последних 20 лет выполнили 686 антирефлюксных операций. Целью антирефлюксных операций считаем восстановление замыкательной функции кардии. Для этого в области пищеводно-желудочного перехода формировали антирефлюксный клапан по типу эзофагофундопликации Ниссена (591). Обращали особое внимание на формирование циркулярной манжетки. По техническим причинам некоторым больным рефлюкс-эзофагитом, когда невозможно было сформировать циркулярную манжетку, ее формировали по типу Toupet (72), Dor (9) или гастрогастропликацию (9). Методику эзофагофундопликации по А.Ф. Черноусову применяли у 3-х больных рефлюкс-эзофагитом. При формировании антирефлюксной манжетки из дна желудка, в основном, использовали доступ верхнесрединная лапаротомия у 659 больных. У других больных эзофагофундопликации выполняли левым трансплевральным

доступом — у 1 пациента, левым торакоабдоминальным доступом — у двух больных и с использованием эндовидеохирургического оборудования — у 24 больных.

При анализе работ отечественных и зарубежных авторов, мы выяснили, что до настоящего времени этиология и патогенез рефлюкс-эзофагита до конца не изучены. Клинические проявления и результаты инструментальных методов диагностики рефлюкс-эзофагита на фоне укороченного пищевода, изолированной недостаточности нижнего пищеводного сфинктера или грыжи пищеводного отверстия диафрагмы способствуют проведению многочисленных исследований области пищеводно-желудочного перехода. На протяжении ряда лет стоит вопрос о реальности существования хиатальной грыжи. Левин М.Д. и соавт. поставили под сомнение наличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Мы прицельно изучали органные анатомические взаимоотношения в области пищеводного отверстия диафрагмы. Выполняя операции эзофагофундопликации в течение последних двух лет у 119 больных рефлюкс-эзофагитом, мы оценивали анатомическую ситуацию в области пищеводного отверстия диафрагмы. Во время мобилизации дистального отдела пищевода, дна желудка мы выяснили, что у 28 (23,5 %) больных были грыжевые ворота, грыжевой мешок, грыжевое содержимое, т.е. присутствовали все классические элементы грыжи. Это, как правило, была параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. У 91 больного мы не обнаружили классических элементов грыжи. У этих больных при мобилизации пищевода мы видели укорочение пищевода и втянутый в средостение тубулированный желудок, либо пищевод был нормальной длины. После формирования манжетки проводили ревизию пищеводного отверстия диафрагмы. Если размеры пищеводного отверстия диафрагмы превышали 4 — 5 см в диаметре, антирефлюксные операции дополняли передней или задней крурорафией (34,5 %). Ранее мы, как и другие авторы, сообщали о вторичном рефлюкс-эзофагите на фоне нарушения нормальной эвакуации на уровне привратника и дуоденоеюнального перехода. Поэтому, всем больным проводили ревизию привратника на предмет выявления пилороспазма или пилоростеноза. По показаниям проводили пилородигитоклазию (термин Б.И. Мирошникова) или пилоромиотомию с пластикой по Микуличу, Фреде-Рамштедтедту и др. Всем проводили ревизию дуоденоеюнального угла. При выявлении спаечной деформации, перегибов кишки спайки и сращения рассекали, расправляя кишку по типу операции Стронга (16,8 %).

Таким образом, у больных рефлюкс-эзофагитом, которых мы оперировали, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была только у 23,5 % больных. У остальных больных мы не выявили классических элементов грыжи во время операции. Считаем, что в основе рефлюкс-эзофагита лежит недостаточность кардиального жома, которая развивается самостоятельно, либо под влиянием, или сопровождаясь, изменениями нормальной анатомии в области пищеводного отверстия диафрагмы и пищеводно-желудочного перехода.

К.П. Слепцов, Т.В. Баранова

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Республиканская больница № 2 – ЦЭМП (Якутск)

Абсцессы печени — относительно редко встречающаяся тяжелая хирургическая патология, в подавляющем большинстве случаев приводящая к развитию сепсиса. Летальность при данной нозологии варьирует, по различным данным, от 1,6 до 50 %. Максимальные показатели летальности отмечаются в случаях прорыва абсцессов в брюшную полость. В связи с широким внедрением визуальных методов диагностики лечения значительно возросло число пациентов, у которых имеется возможность своевременно с успехом применить малоинвазивные органосохраняющие вмешательства. Доказана безопасность транспеченочных пункций при паразитарных кистах и карциномах печени, что позволяет осуществлять санацию гнойных очагов и декомпрессию желчных протоков в данных случаях в качестве первого этапа хирургического лечения.

Цель работы: оценка эффективности применяемых в клинике малоинвазивных методов лечения абсцессов печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе проанализированы данные о 51 пациенте с абсцессами печени различной этиологии, проходившем лечение в ОГХ с 2006 по 2011 г. Под наблюдением находились 28 мужчин в возрасте от 25 до 79 лет и 23 женщины в возрасте от 34 до 79 лет. У 9 (17,6 %) больных причиной образования абсцессов явилось инфицирование посттравматической гематомы, у 5 (9,8 %) — гепатобилемы, в 5 (9,8 %) случаях диагностировано нагноение паразитарной кисты: альвеококковой — в 2-х случаях, эхинококковой — в 6. Холангиогенные абсцессы печени имелись у 18 (35,3 %) больных (в том числе у пятерых — после опе-

ративных вмешательств в билиопанкреатодуоденальной зоне), распадающаяся гепатоцеллюлярная карцинома с абсцедированием — у 4-х (7,8 %) больных. В 8 (15,8 %) случаях имелось нагноение кист печени непаразитарного характера, при этом у всех пациентов данной группы имелся сахарный диабет 2 типа. Метастатический характер абсцессов печени при выявленном первичном источнике установлен у 2-х (3,9 %) пациентов. Миниинвазивные вмешательства произведены 46 (90,1 %) больным, лапаротомия — в трех случаях, в 2-х случаях положительный клинический эффект был достигнут при применении только консервативных методов лечения. Летальность составила 7,8 % (4 больных), в группе больных, которым проводились только миниинвазивные вмшательства — 4,3 % (2 больных). Диагноз устанавливался на основании данных ультразвукового исследования, компьютерной томографии, анализе полученного из образований печени содержимого.

Все миниинвазивные вмешательства производились под местной анестезией с премедикацией. Вначале проводилась пункция жидкостного образования печени под контролем УЗИ с максимальной аспирацией содержимого, забором материла на цитологическое и бактериологическое исследование. У 9 больных дополнительно была произведена пункционная биопсия перифокального участка печени для гистологического исследования. Затем выполнялось рентгеноконтрастное исследование с целью более точного определения формы, размеров абсцесса, связи его с желчными протоками и сосудами печени. Исходя из характера полученного аспирата и данных абсцессографии, определялась необходимость установки дренажей и их диаметр. Дренирование производилось одномоментно системой «игла — катетер» с кончиком типа «Pig tail» дренажами 8 — 10F. Через установленные дренажи производилась санация полостей растворами антисептиков во время операции и в последующем 1 — 2-кратно ежедневно. Контрольная абсцессография производилась на 8 — 9, 16 — 18 сутки для корректировки положения дренажей и оценки динамики уменьшения объема полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Вмешательства при гнойных очаговых образованиях печени проводились в 1 — 2 сутки после поступления больного в клинику. Абсцессы печени в исследуемой группе локализовались в левой доле в 12 %, в правой доле — в 36 % случаев, множественная локализация имелась в 3-х случаях. Пункционный метод был применен у 3-х больных, пункционно-дренажный — у 43 больных. Пункционно-дренажный метод в сочетании с чрескожным чреспеченочным дренированием левого печеночного протока — у 6 больных эхинококкозом (альвеококкозом) с прорастанием ворот печени и механической желтухой и одного больного с гепатоцеллюлярной карциномой. По показаниям 8 пациентам было также произведено пункционное дренирование плевральных полостей. В основном, технические сложности при дренировании имелись при локализации абсцессов в 1, 4, 8 сегментах у гиперстеничных больных с узкими межреберными промежутками. В послеоперационном периоде у этих пациентов в течение нескольких дней отмечались боли, связанные с давлением дренажной трубки на межреберные нервы.

При первичной пункции из полости абсцессов удалялось от 15 до 480 мл содержимого. Средняя продолжительность дренирования составила при абсцессах непаразитарного характера 21,8 дней. Клиническое выздоровление отмечено в 78,9 % случаев, полной облитерации полости удалось достичь у 14 (31,5 %) пациентов. Положительный эффект от лечения выражался в уменьшении болевого синдрома, купировании признаков сепсиса и интоксикационного синдрома, значительном уменьшении размеров гнойного очага и объема отделяемого из него. Данные признаки отмечались с 1 — 3 суток после начала лечения. Нормализация лабораторных показателей у большинства больных достигалась к 11 — 16 суткам после начала лечения, редукция дренированных полостей происходила в сроки от 10 до 32 дней, в зависимости от начального объема последних.

Применение чрескожного чреспеченочного дренирования при нагноившихся паразитарных кистах позволило достичь санации гнойных очагов и ликвидировать желчную гипертензию. В четырех случаях при неоперабельных процессах данные вмешательства явились окончательным вариантом хирургического лечения.

У пациентов отмечены следующие осложнения проведенных манипуляций: кровотечение в полость абсцесса в 1 случае и дислокация дренажей из полости — у 4-х больных, в т.ч. у одного больного потребовалось проведение лапаротомии и гепатотомии с наружным дренированием абсцесса вследствие развития диффузного перитонита. Дислокация дренажей произошла у больных, у которых при первичной пункции не удалось удалить основной объем содержимого абсцесса из-за присасывания дренажа к имеющемуся в полости секвестру. Следует отметить, что в диагностике ранних осложнений при малоинвазивных вмешательствах важное значение имеет наблюдение за состоянием больного в течение первых 3 суток, а также обязательное проведение контрольного УЗИ брюшной полости через 8 и 24 часа после манипуляции, так как истечение содержимого абсцесса в брюшную полость часто протекает со стертыми клиническими проявлениями. Повторное дренирование полостей абсцессов, связанное с дислокацией дренажа, проведено 3 пациентам. Летальность составила 7,8 % (4 больных), в группе больных, которым проводились только миниинвазивные вмшательства — 4,3 % (2 больных). Причиной смерти в 3 случаях явился сепсис, в 1 случае произошел тромбоз верхней брыжеечной артерии с субтотальным некрозом тонкой кишки и некрозом правых отделов толстой кишки.

ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени в сочетании с адекватным противовоспалительным лечением и антибиотикотерапией является высокоэффективным.
2. Безопасность чрескожных малоинвазивных вмешательств зависит от правильности техники их проведения и последовательности в осуществлении ряда диагностических процедур в раннем послеоперационном периоде.
3. Чрескожное чреспеченочное дренирование инфицированных паразитарных кист и желчных протоков при сдавлении желчеотводящих структур печени является оптимальным методом подготовки данной группы пациентов к основному оперативному вмешательству, а в случае его невозможности — малотравматичным видом паллиативного хирургического лечения.

Н.Е. Смирнова, Р.А. Белоус, А.А. Малаев, Д.Ф. Болгов, О.Н. Смирнова, Е.А. Степаненко

ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

ГБУЗ Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Воронкообразная деформация грудной клетки проявляется в искривлении грудины и ребер, различном по глубине и форме, которое приводит к уменьшению объема грудной полости, смещению органов грудной клетки, искривлению позвоночника, выраженному косметическому недостатку и функциональным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Этиология воронкообразной деформации грудной клетки окончательно не выяснена, но достоверно установлено, что главная роль в возникновении порока принадлежит, прежде всего, генетическим факторам. Подтверждением этому является наличие сходных врожденных изменений у родственников, а также обнаружение у пациентов с воронкообразной грудью других аномалий развития.

Цель: улучшить результаты радикальной торакопластики у детей при воронкообразной деформации грудной клетки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Амурской областной детской клинической больницы в период с 1995 по 2011 гг. оперировано 104 пациента в возрасте от 3 до 18 лет с данной патологией, из них 35 (34 %) девочек и 69 (66 %) мальчиков. Анализировано 41 гистологическое исследование резецированных реберных хрящей.

В мировой практике предложено более 80 различных вариантов хирургических вмешательств и их модификаций для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки. Учитывая этиопатогенез данной патологии, все оперативные пособия, не сопряженные с иссечением измененного хряща, мы расценивали, как паллиативные. Паллиативные операции (вытяжение грудины без торакопластики, операция по методике Nuss) были выполнены 41 (39 %) пациенту в возрасте от 3 до 12 лет. Радикальные операции (торакопластики по Sulamaa-Paltia с фиксацией грудино-реберного комплекса пластиной из никелида титана и по Ravitch) — 63 (60,5 %) в возрасте от 4 до 18 лет. Оценка степени и симметричности деформации производилась по результатам компьютерной томографии у 53 больных, при этом у 38 пациентов выявлено несовпадение измерений при физикальном осмотре с результатами компьютерной томографии. Мы оценивали результат коррекции как отличный, хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный. Критерий оценки основывался на жалобах больного, параметрах индекса Гижицкой—Кондрашина, полного устранения воронкообразного западения, контура наружного рельефа грудной клетки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Количество отличных результатов в группе не радикальных операций составило 4 (9,7 %), хороших — 7 (17 %), удовлетворительных — 10 (24,4 %), неудовлетворительных — 20 (48,9 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформации реберных дуг в 10 случаях, рецидив деформации — у 9 больных.

При радикальной торакопластике количество отличных результатов составило 18 (28,5 %), хороших — 25 (39,7 %), удовлетворительных — 12 (19 %), неудовлетворительных — 8 (12,8 %). Неудовлетворительные результаты: формирование килевидной деформацией реберных дуг — в 5 случаях, рецидив деформации — у 3 больных.

При гистологическом исследовании резецированных хондральных участков ребер установлено, что значительно изменяется структура хрящевых клеток (окр. гемотоксилином-эозином, ув. × 400). Выявлено, что уже к 10-летнему возрасту в хрящевой ткани появляются глубокие деструктивные из-

менения в виде дистрофии хряща, а возрасте 14 – 16 лет дистрофия хондробластов становится еще более выраженной.

ВЫВОДЫ

1. В предоперационную подготовку больных с воронкообразной деформацией грудной клетки должен входить обязательный осмотр генетика, так как врожденные наследственные синдромы часто являются причиной рецидива деформации.
2. Оценка степени и характера деформации в предоперационном периоде должна осуществляться по данным компьютерной томографии.
3. Основным преимуществом радикальных операций при воронкообразной деформации грудной клетки является их этиопатогенетичность, данный вид оперативного лечения позволяет моделировать грудную клетку при грубых деформациях и снизить риск развития рецидива до минимума.
4. Операции, не сопряженные с иссечением грудино-реберного комплекса, выполненные в период интенсивного роста ребенка, связаны с высоким риском развития рецидива деформации, а дисбаланс между интенсивным ростом грудной клетки и силой давления металлической конструкции способствует развитию килевидной деформации реберных дуг.
5. Удаление металлической конструкции при радикальной операции возможно через 6 месяцев, при паллиативных операциях нахождение ретростернальной пластины должно осуществляться не менее 2-х лет.

С.С. Сосина, П.А. Неустроев, В.Н. Пестерева

АНАЛИЗ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Было обследовано 45 лиц (16 мужчин, 29 женщин) с некалькулезными формами хронического холецистита. Больные жаловались на тяжесть, боли в правом подреберье, особенно после приема жирной и жареной пищи, тошноту, отрыжку, иногда горечью, вздутие живота, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов, слабость и периодически субфебрильную температуру. При эндоскопическом исследовании у всех больных выявлены явления гастродуоденита. На ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены картина холецистита, панкреатита.

При бактериологическом исследовании с посевом пузырной желчи у 21 пациента, что составило 47 % – роста не выявлено. В норме желчь стерильна – в желчи бактерий нет. В остальных случаях (у 24 лиц, что составило 53 %) высеяли следующую микрофлору:

Микрофлора:	24	53 %
Klebciella pnevmoneum	8	33,3 %
Candida albicans	6	25 %
Escherichia coli	4	16,6 %
Streptococcus viridans	3	12,5 %
Staphylococcus aureus	2	8,3 %
Enteriobacteria	1	4,2 %
Moraxella	1	4,2 %

Таким образом, желчь больных некалькулезным холециститом в 47 % была стерильна, в 53 % была инфицирована различными бактериями и грибами. Причем, у 1/3 из инфицированных находили *Klebciella pnevmoneum* (33,3 %), ¼ – *Candida albicans* (25 %). Патогенная флора (*Streptococcus viridans* и *Staphylococcus aureus*) были выявлены у 1/5, что составило 20,8 %. По данным литературы, при инфицировании желчи в 70 – 80 % высевают энтерококки, *Escherichia coli*, *Enterobacter*. Обнаружение *Staphylococcus aureus* в диагностических титрах может свидетельствовать о наличии печеночного или диафрагмального абсцесса. Таким образом, больным хроническим некалькулезным холециститом требуется антибактериальное лечение соответственно данным чувствительности высеянной флоры к антибиотикам, что является профилактической мерой в развитии желчнокаменной болезни.

С.С. Сосина, В.Н. Пестерева, Л.М. Атласова, Т.В. Скрябина

ГЕЛИК-ТЕСТ КОНТРОЛЬ ЭРАДИКАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДКА

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)
Республиканская больница № 1 – НЦМ (Якутск)

Геликобактерная инфицированность взрослых больных и детей патологией желудка проводилась неинвазивным дыхательным методом «Гелик-тест» до и после эрадикационного лечения. Всего исследованно 48 больных (33 взрослых, 15 детей). «Гелик-тест» проведен у всех больных до (для диагностики) и после лечения (контроля Нр).

Обследованы 33 взрослых (мужчин – 7, женщин – 26) с различными формами хронического гастрита. Эрадикационная терапия при Нр(+) проводилась стандартным набором препаратов (клацид 500 мг по 1 т. 2 раза в день, амоксициллин 500 мг (1000 мг) по 1 т. 2 раза в день, омез 20 мг по 1 т. 2 раза в день) в течение 7–10–14 дней (в зависимости от тяжести процесса и степени инфицированности). Степень инфицированности Нр зафиксирована: отрицательной Нр(–), слабой – Нр(+), высокой – Нр(++).

Среди взрослых больных полная эрадикация Нр(–) после антибактериального лечения отмечена у 16 больных (48,5 %), Нр(+) – у 9 (27,3 %) больных и Нр (++) – у 8 (24,2 %) лиц. У 17 больных показатели Нр были отчетливо снижены, но не достигали отрицательных цифр. Нр(+) были связаны с короткими курсами лечения, что требует контрольного анализа «Гелик-тест» и коррекции лечения. При этом анализ «Гелик-тест» для контроля эффективности лечения является методом выбора, т.к. контроль ИФА на антитела к Нр проводится через 2–3 месяца. «Гелик – тест» является неинвазивным, простым технически и дешевым методом диагностики и лечения.

С.С. Сосина, Д.Г. Тихонов, Г.Е. Миронова, З.Н. Кривошапкина

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ «НЕЖДАНИНСКОЙ» МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)
Профилакторий «Хоту» (Якутск)
Якутский научный центр КМП СО РАМН (Якутск)

По распоряжению Правительства Республики Саха (Якутия) от 10.03.2005 г. № 235-р «О комплексном освоении месторождения минеральных углекислых вод «Нежданинское» в Томпонском улусе РС(Я)» и Распоряжении МЗ РС(Я) № 01-8/4-52 от 08.02.2007 г. «Об испытаниях лечебной минеральной воды» клиническое исследование «Нежданинской» минеральной воды проведено на базе профилактория «Хоту» и клинических отделений РБ № 1 – НЦМ. При обследовании больных были использованы анкеты для гастроэнтерологических больных, разработанные сотрудниками Мединститута ЯГУ и ЯНЦ СО РАМН, функциональное исследование желудка (рН-метрия) проведено на аппарате «Гастроскан-5», биохимические и ферментативные исследования крови проведены в лаборатории биохимии ЯНЦ СО РАМН.

Нежданинская минеральная вода по составу гидрокарбонатнонатриевая с рН – 7,0 рекомендована для лечения больных хроническим гастритом с нормальной и повышенной секреторной функцией желудка, язвенной болезнью гастродуоденальной зоны. Биохимические и ферментативные исследования крови проведены в лаборатории биохимии ЯНЦ СО РАМН. Директором ООО «КДМ-Нежданинское» Коробковым А.К. представлены протоколы физико-химического анализа, бальнеологическое заключение Томского НИИ курортологии и физиотерапии и РНЦВМиК, Базового центра радиационного контроля, Центра гигиены и эпидемиологии в РС (Я), свидетельство и сертификат соответствия на данную минеральную воду.

Исследование проводилось по трем направлениям:

1. Изучение ощелачивающего воздействия минеральной воды при функциональном исследовании кислотообразующей функции желудка больных с различными формами патологии органов пищеварения;
2. Изучение клинической симптоматики при лечении минеральной водой больных с заболеваниями желудка;
3. Изучение биохимических и ферментативных данных крови больных до и после лечения минеральной водой.

Нами исследовано влияние минеральной воды на слизистую желудка в качестве ощелачивающего теста при изучении секреторной функции желудка при различных формах хронического гастрита и язвенной болезни. Всего 19 больных (10 мужчин, 9 женщин) в возрасте от 16 до 61 года. При эндоскопическом исследовании на фоне хронического гастрита были выявлены язвы в желудке у 3 больных и язвы двенадцатиперстной кишки – у 4 пациентов.

Ощелачивающее действие минеральной воды было исследовано в сравнении с содовым раствором, использованным как щелочной тест для изучения объема кислотообразования слизистой желудка при проведении внутрижелудочной пристеночной pH-метрии. Минеральная вода в равном количестве объема вводилась после проведения щелочного теста, после того как pH восстановилась до исходного уровня.

При анализе полученных данных отмечено отчетливое ощелачивающее действие минеральной воды во всех случаях, не исключая при наличии множественных эрозий в желудке и язвенной болезни. Ощелачивающее действие минеральной воды по времени отчетливо зависело от патологии слизистой желудка, от возраста, пола обследуемого. В половине случаев ощелачивающее действие минеральной воды на фоне повышенной секреции слизистой желудка имело равные или повышенные показатели по сравнению с содовым раствором. В части случаев показатели не превышали данные щелочного теста.

Таким образом, при исследовании Нежданинской минеральной воды отмечено четкое ощелачивающее действие на слизистую желудка при различных формах патологии гастродуоденальной зоны, и она может быть рекомендована для лечения больных с кислотозависимыми заболеваниями.

В клиническом испытании воздействия «Нежданинской» минеральной воды участвовали выборочно взятые 18 больных с патологией органов пищеварения (13 женщин, 5 мужчин) в возрасте от 20 до 67 лет. В таблице 1 представлен возрастной и половой состав больных.

Таблица 1

Распределение гастроэнтерологических больных по полу и возрасту

Пол	Возраст				
	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет
Женщины	3	2	4	3	1
Мужчины	0	0	2	2	1

Больные были с хроническим гастритом в стадии ремиссии, хроническим некалькулезным холециститом в стадии ремиссии, дискинезиями желчевыводящих путей и желчного пузыря, хроническим панкреатитом вне обострения, хроническим колитом в стадии ремиссии. Сопутствующей патологией у 3-х больных были мочекаменная болезнь, гипертоническая болезнь.

На всех больных были заполнены анкеты по обследованию больных с патологией пищеварительной системы для выявления клинической симптоматики, проведены биохимические анализы крови до и после приема минеральной воды. Клиническая картина хронического гастрита у больных характеризовалась периодически чувством полноты, тяжести в желудке после еды, метеоризмом, нарушениями стула (запорами, поносами). При наличии некалькулезного холецистита и хронического панкреатита отмечается тошнота, тяжесть в правом подреберье, эпигастральной области после приема жирной, жареной пищи.

Минеральная вода «Нежданинская» представлена как лечебно-столовая питьевая гидрокарбонатно-натриевая минеральная газированная вода (группа 1) и рекомендована преимущественно при лечении заболеваний органов пищеварительной системы. Повышенное содержание микроэлемента железа в воде дает возможность клинического испытания у пациентов, страдающих железодефицитной анемией.

По рекомендации бальнеологического заключения Томского НИИ курортологии и физиотерапии пациенты принимали данную минеральную воду три раза в день по 200 мл комнатной температуры до еды за 30 – 45 минут в течение 2-х недель. Группа больных (9 человек) получали специализированное лечение по основному заболеванию, остальные (9 человек) принимали только минеральную воду.

При приеме минеральной воды пациенты отмечали выраженный металлический привкус из-за высокого уровня железа в исследуемой воде. В течение приема минеральной воды 1/3 пациентов отметили усиление перистальтики кишечника, что проявлялось учащением и разжижжением стула. У одного больного мужчины с мочекаменной болезнью и явлениями простатита с нарушением мочеиспускания улучшилось мочеотделение. В случае больного мужчины с сопутствующей мочекаменной болезнью появились почечные колики, что явилось показанием к прекращению приема минеральной воды. У остальных больных клинического ухудшения самочувствия не наблюдалось.

Биохимический и ферментативный анализ крови был проведен в лаборатории биохимии ЯНЦ СО РАМН. Впервые при клиническом испытании минеральной воды, кроме общепринятых биохимических анализов проведены анализы на уровень витаминной обеспеченности организма аскорбиновой кислотой, серия показателей холестеринового обмена, содержание кальция и магния в сыворотке крови обследуемых и для выяснения состояния перекисного окисления липидов проведены исследования на

уровень малонового диальдегида и диеновых коньюгатов, свидетельствующих о воспалительном процессе в организме. Отчет заведующего лаборатории биохимии ЯНЦ СО РАМН прилагается.

Таким образом, при приеме минеральной воды «Нежданинская» в течение 2-х недель у исследуемых больных повысился уровень магния, причем повышение уровня магния произошло у части больных выше уровня нормальных показателей, что связано со снижением выведения магния из организма, что дает основание к противопоказаниям для приема данной минеральной воды при заболеваниях почек с нарушением выделительной функции.

Также, констатировалось повышение уровня кальция, но уровня нормальных показателей не достигло, что связано с коротким периодом приема минеральной воды в течение 2-х недель.

Повышение уровня аскорбиновой кислоты у всех больных свидетельствует о положительной реакции на витаминную терапию в период исследования и об улучшении всасывательной функции кишечника у большинства больных, не получавших дополнительного лечения.

Показатели перекисного окисления – уровень малонового диальдегида после 2-недельного приема минеральной воды повысился в 3, 4, 5 раз от исходного уровня. Уровень диеновых коньюгатов также повысился в 3, 4, 5 раз. Уровень низкомолекулярных антиоксидантов у большинства (5 из 7) имел тенденцию к понижению до 2, 3 раз исходного уровня. Исходя из полученных данных, можно отметить, что изменения показателей состояния перекисного окисления липидов неоднозначны и свидетельствуют о деструктивно-воспалительных изменениях в организме, происходящих после приема минеральной воды «Нежданинская».

Таким образом, при клиническом испытании минеральной воды «Нежданинская», несмотря на ряд положительных тенденций (повышение уровня магния, кальция, аскорбиновой кислоты в организме), при глубоком биохимическом исследовании получены неоднозначно определяемые изменения состояния перекисного окисления, требующего дальнейшего исследования. Минеральная вода «Нежданинская» требует повторного физико-химического исследования, уровня радиационного фона. При получении разрешения от соответствующих ведомств, клиническое испытание необходимо провести на ферментативном уровне (состояние перекисного окисления), выяснить воздействие на иммунный статус организма для исключения токсического действия микроэлементов воды, особенно солей тяжелых металлов и радиационного фона.

А.А. Сысолятин, В.В. Шимко, В.Ф. Кулеша, С.В. Ишутин, В.Е. Новицкий, А.П. Сахарюк, Л.И. Демиденко, А.С. Зюзько

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ЗА ПЯТЬ ЛЕТ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

Вопросы диагностики и лечения больных с деструктивным панкреатитом составляют одну из сложных и актуальных проблем неотложной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В комплексе лечебных мероприятий мы использовали в/в лазерное облучение крови, чрескожное магнитолазерное воздействие в проекции поджелудочной железы, в/в введение озонированного физиологического раствора.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За период с 2007 по 2011 г. в клинической больнице АГМА с деструктивным панкреатитом пролечено 98 пациентов, 64 (65,4 %) выполнены оперативные пособия. В группе больных, пролеченных консервативно, в 83 % инфильтрат подвергся обратному развитию, у 6 – сформировалась ложная киста поджелудочной железы, 5 пациентам через 8–12 месяцев выполнено внутреннее дренирование. Летальных исходов в этой группе не наблюдалось.

Оперативное лечение проведено 64 пациентам. Оперированные больные разделены на две группы: 1-я (20 больных) – ранние операции от нескольких часов до шести суток с момента поступления. Это, как правило, стадия асептического некроза. Основной задачей оперативного вмешательства было уменьшение токсемии. Лапароскопическое дренирование сальниковой сумки выполнено у 3-х пациентов. Оперировано 8 больных, летальных исходов не было. У 12 больных заболевание прогрессировало в виде разлитого перитонита (7), забрюшинной флегмоны (5). Пациенты оперированы на 4–5 сутки с

момента поступления. Тотальная форма панкреонекроза имела место у 8, субтотальная — у 5 пациентов; геморрагический панкреонекроз — 10 пациентов, жировой — 2 пациента.

Вторая группа — 44 пациента с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита, развившимися на 10—12 сутки с момента поступления. Оперативное лечение заключалось в верхнесрединной лапаротомии, бурсооментостомии, некрсеквестрэктомии, дренировании сальниковой сумки через оментостому и в 80 % дополнительно через Винслово отверстие. При забрюшинной флегмоне — широкое дренирование забрюшинного пространства. У 35 пациентов с тотальным панкреонекрозом применили открытый метод лечения. Он позволил выполнять систематический контроль за состоянием некротических изменений в железе. Хороший эффект мы получили от перманентного промывания сальниковой сумки озонированным физиологическим раствором в концентрации озона 4—5 мг/л. У 8 больных процесс панкреонекроза осложнился профузным кровотечением, которое удалось остановить тугой тампонадой сальниковой сумки, гемостатической и заместительной терапией. Следует отметить хороший гемостатический эффект при применении смоченных тампонов озонированным физиологическим раствором в концентрации 18—20 мг/л. В этой группе умерло 23 пациента, что составило 52 % послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при деструктивном панкреатите консервативное лечение должно быть своевременным и комплексным.

Лечение гнойных осложнений требует широких оперативных доступов как к самой железе так и забрюшинного пространства.

П.Г. Сысолятин, С.П. Сысолятин, И.А. Панин, О.Д. Байдик, Н.В. Руденских

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Современная челюстно-лицевая хирургия характеризуется активной разработкой малоинвазивных технологий, позволяющих снизить травматичность оперативного вмешательства, обеспечить высокие функциональные и эстетические результаты. Среди этих технологий особое место занимает эндоскопическая хирургия, которая остается пока что малоразработанным разделом челюстно-лицевой хирургии.

В отделении челюстно-лицевой хирургии Новосибирской областной клинической больницы за период 1996—2011 г. выполнена 501 эндоскопическая операция по поводу различных патологических процессов челюстно-лицевой области. У 50 больных эндоскопия использовалась с диагностической целью, у 451 — с лечебной. В последней группе у 271 больного показаниями к эндовидеохирургии явились одонтогенные верхнечелюстные синуситы, у 80 — радикулярные кисты челюстей, у 56 — переломы средней зоны лицевого скелета, у 44 — переломы ветви и мыщелкового отростка нижней челюсти. Анализ клинического материала показал, что разработанные способы эндохирургического лечения одонтогенных синуситов верхнечелюстной пазухи являются методом выбора, позволяют при минимальной травме осуществить ее полноценную санацию, в ранние сроки реабилитировать больного, в сравнении с традиционными методами в 8 раз снизить рецидив синусита, к минимуму свести риск повреждения подглазничного нерва. Перспективным направлением также является эндоскопическая цистэктомия одонтогенных кист челюстей, при которой благодаря малой инвазивности и сохранению костных стенок полости, обеспечивается оптимальное течение репаративных процессов, восстановление анатомической целостности челюсти, снижение количества послеоперацинных осложнений. При прорастании одонтогенной кисты в верхнечелюстную пазуху показан метод трансантральной эндоскопической цистотомии. Принципиально новые возможности открывает эндоскопическая хирургия при лечении переломов средней зоны лицевого черепа. Она позволяет осуществить полноценную санацию верхнечелюстной пазухи, выполнить щадящую репозицию костных отломков и их остеосинтез при оскольчатых переломах образований орбиты, верхнечелюстной пазухи. При переломах в области ветви нижней челюсти, шейки и основания мыщелкового отростка остеосинтез под видеоэндоскопическим контролем исключает повреждение ветвей лицевого нерва и образование рубца на коже лица. Клинические наблюдения показали, что эндоскопия расширяет возможности диагностики заболеваний верхнечелюстной пазухи, позволяет установить характер, локализацию и распространенность патологического процесса, одномоментно оценить состояние носовой полости, околоносовых пазух, нижней и медиальной стенок глазницы. Эндоскопическая диагностика полостных образований челюстей от-

личается высокой информативностью, меньшей травматичностью, снижает риск послеоперационных осложнений, в сравнении с традиционными методами.

Эндоскопическая челюстно-лицевая хирургия представляет новую концепцию в лечении заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области, позволяющую кардинально изменить стратегию отбора, лечения и реабилитации больных с патологическими процессами этой локализации. Для более широкого внедрения эндоскопической хирургии в лечебные учреждения страны необходимо ввести этот раздел в программу подготовки специалистов по челюстно-лицевой хирургии, оснастить стационары челюстно-лицевой хирургии необходимым оборудованием и инструментарием для проведения эндоскопических операций.

А.В. Тобохов, Л.В. Ховрова

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

В последние десятилетия в Республике Саха (Якутия) происходит рост заболеваемости раком толстой кишки, поэтому проблема ранней диагностики и его лечения приобрела в настоящее время важное значение. Статья посвящена одному из самых распространенных онкологических заболеваний — раку толстой кишки.

Рассматриваются вопросы дифференцированного подхода к его комплексному лечению. Наилучшие результаты пятилетней выживаемости больных достигнуты в группе больных с раком толстой кишки в стадии А.

Нами проведен анализ наблюдений 119 больных со злокачественными новообразованиями ободочной и прямой кишок, находившихся на лечении и обследовании в национальном центре медицины Республики Саха (Якутия) с 1997 по 2007 г. Возраст больных от 27 до 86 лет. По полу: женщин — 57, мужчин — 62. Наиболее эффективными в диагностике являются ирригоскопия в сочетании с эндоскопией толстой кишки, биопсией опухоли с последующим гистологическим исследованием тканей. РКТ, ультразвуковое исследование позволяют судить о распространенности процесса и наличии метастазов опухоли.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Локализация процесса: в восходящей и слепой кишке опухоль локализовалась в 17 % наблюдений, в поперечной ободочной кишке — в 10 %, в нисходящей — в 4 %, в сигмовидной — в 29 % и в прямой кишке — в 40 % случаев. По микроскопическому строению нами установлены следующие виды злокачественных эпителиальных опухолей:

1. Аденокарцинома — 87 % случаев, из них высокодифференцированная в 36 %, умеренно-дифференцированная в 45 % и низкодифференцированная в 19 %.
2. Слизистая аденокарцинома — в 1 %.
3. Перстневидно-клеточный рак — в 1 %.
4. Плоскоклеточный рак — в 2 %.
5. Недифференцированный рак — в 9 %.

Чаще всего новообразования толстой кишки имеют строение аденокарциномы. По классификации Dukes, больные распределились следующим образом. Стадия А — выявлена в 3 % наблюдений, стадия В — в 17 %, стадия С1 — в 28 %, стадия С2 — в 39 %, стадия D — в 13 % случаев.

В настоящее время, по нашему мнению, у больных раком ободочной кишки нет альтернативы хирургическим методам лечения. Лучевая и химиотерапия, лазерное воздействие являются лишь вспомогательными. Объем резекции зависит, главным образом, от локализации опухоли и распространенности процесса. При локальном процессе нами использовались стандартные методики.

При наличии отдаленных метастазов в последние годы мы придерживаемся активной хирургической тактики. Наиболее часто опухоль ободочной кишки метастазирует в печень. При изолированных метастазах может быть успешной краевая, клиновидная резекция печени или лобэктомия.

При обнаружении канцероматоза нами выполняются циторедуктивные операции с целью снижения опухолевой массы с последующим применением лучевой и полихимиотерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует отметить, что показатели 5-летней выживаемости четко коррелируют со стадиями заболевания. Так, наилучшие результаты получены у больных, перенесших радикальные операции при

стадии А: 5-летняя выживаемость составляет 90 %. При стадии В 5-летняя выживаемость достигает 70 %. У больных с поражением околокишечных лимфатических узлов (стадия С1) 5-летняя выживаемость составляет около 52 %. При наличии отдаленных метастазов (стадия D) также возможно добиться 5-летней выживаемости, особенно у пациентов с единичными отдаленными метастазами небольших размеров (15 %).

А.В. Тобохов

ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ, ВРАЧ, ПЕДАГОГ, СПОРТСМЕН (К 70-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АКАДЕМИКА РАЕН, Д.М.Н., ПРОФЕССОРА А.И. ИВАНОВА)

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» Министерства образования и науки РФ (Якутск)

Алкивиад Исидорович Иванов родился в 1941 г. в селе Кюндяе Сунтарского улуса. В 1959 г. после окончания Сунтарской средней школы поступил в Криворожское авиационное училище, стал авиатехником и 3 года работал в Якутском авиационном порту. Начало трудовой биографии Алкивиада Исидоровича совпало с началом его спортивных успехов. Алкивиад Иванов известен общественности и поклонникам спорта как двукратный чемпион России по вольной борьбе.

В 1971 г. окончил Якутский госуниверситет по специальности «лечебное дело». С 1975 по 1978 гг. учился в очной аспирантуре в Москве на кафедре общей хирургии 2-го Московского государственного медицинского института им. Н.И. Пирогова. В 1979 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему «Заболевания сосудов у больных с сахарным диабетом». Научная работа была посвящена изучению актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии, разработал оригинальные методики операций на толстой кишке, имеет 4 патента на изобретения.

В 1996 г. защитил докторскую диссертацию на диссертационном совете РГМУ г. Москва на тему «Хронический толстокишечный стаз, обусловленный аномалиями развития и фиксации ободочной кишки». Иванов А.И. автор более 80 научных трудов, трех монографий и методических пособий. Особое место в научно-практической деятельности занимали вопросы разработки реконструктивных и повторных операций на толстой кишке.

Иванов Алкивиад Исидорович был врачом по призванию и учителем по зову души. Многих людей он спас от смерти своими руками. Алкивиад Исидорович никогда не оставлял хирургическую практику, будучи руководителем и преподавателем. Как хирурга его отличала постоянная и напряженная работа над собой в усовершенствовании техники ведения операций. Как преподаватель он щедро делился своим многолетним хирургическим опытом со студентами и молодыми коллегами. Его лекции для студентов и врачей отличались глубиной, разносторонностью, он пользовался большим уважением и любовью многих поколений студентов, хирургов и практических врачей. Пациенты всегда чувствовали его уверенность в успешном исходе операции и доверяли ему свою жизнь и здоровье.

Алкивиад Исидорович Иванов создал свою научную школу. Он пользовался заслуженным уважением и признанием в научных кругах Российской академии медицинских наук. Алкивиад Исидорович был талантливым руководителем, способным повести за собой людей, координировать и направлять медицинскую науку в Якутии.

Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 22 марта 2002 г. Иванов Алкивиад Исидорович был назначен директором Якутского научного центра РАМН и Правительства РС (Я). Как выдающийся спортсмен, был предан спорту, людям, серьезно занимающимся спортом, активно содействовал развитию спорта в республике. Много знаний и сил было отдано Алкивиадом Исидоровичем формированию научной основы спортивной медицины и созданию лаборатории для отслеживания состояния здоровья спортсменов в Якутском научном центре Российской Академии медицинских наук и Правительства РС (Я).

Ученые Центра под руководством Алкивиада Исидоровича начали изучение генетических основ широко распространенных заболеваний населения республики. Одним из приоритетных направлений деятельности Якутского научного центра РАМН и Правительства РС (Я) стали проблемы сохранения генофонда коренных народов Севера.

В достижении высоких результатов в работе и научной карьере Алкивиаду Исидоровичу помогали спортивный характер и твердая воля, ему были присущи такие качества как понимание природы человека, отзывчивость, чувство юмора. Люди любили его за веселый и открытый характер. Как преподаватель он щедро делился своим многолетним хирургическим опытом со студентами и молодыми коллегами. Пациенты всегда чувствовали его уверенность в успешном исходе операции и доверяли ему свою жизнь и здоровье.

Алкивиад Исидорович был увлеченным охотником-любителем: редкие дни отдыха он посвящал охоте на родной якутской земле и всегда говорил, что «зарядился энергией от природы». Он любил жизнь, был счастлив в семье, признан коллегами за свои знания, почитаем учениками за щедрость и доброту. Алкивиад Исидорович навсегда останется в благодарной памяти людей, которым он подарил надежду и вернул здоровье.

За плодотворную деятельность ему было присвоено звание «Заслуженный врач РС(Я)», он был награжден знаками «Отличник здравоохранения РС(Я)», «Отличник физической культуры РС(Я)».

И.А. Токмаков, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Ганичева, В.М. Лунев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТИПИЧНОЙ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ И ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНО-КОНТРОЛИРУЕМОЙ БИПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ (LIGA SURE)

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Цель исследования: сравнить клиническую эффективность геморроидэктомии, выполняемой с использованием установки аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции (Liga Sure) и традиционной геморроидэктомии по Milligan – Morgan.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На основании опыта хирургического лечения 1215 человек с диагнозом: хронический комбинированный геморрой III – IV стадии с 2003 по 2011 гг., произведена оценка клинической эффективности электрохирургического метода геморроидэктомии. В основную группу вошли 395 пациентов, которым геморроидальные узлы были иссечены при помощи биполярной электрокоагуляции, из них 150 с III и 245 с IV стадией. Контрольная группа составила 820 больных, 360 – с III и 460 – с IV стадией. Им выполнена традиционная операция методом Milligan – Morgan. Все вмешательства проводили под спинальной анестезией. Сравнение основной и контрольной группы производили по следующим параметрам: продолжительности оперативного вмешательства, выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде, который оценивался с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы (Rudkin G.E., 1997), а так же по необходимости назначения наркотических анальгетиков, развитию ранних и поздних послеоперационных осложнений, длительности пребывания в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Средняя продолжительность операции в основной группе составила 12, а в контрольной – 28 минут. Выраженность болевого синдрома составила 4 балла в основной группе, что соответствовало незначительной или терпимой боли при движениях, и 8 баллов у пациентов, которые были оперированы традиционным методом. 30 (7,6 %) больных из основной и 650 (79,2 %) из контрольной группы нуждались в назначении наркотических анальгетиков в первые сутки. У 2 (0,5 %) пациентов основной группы, на этапах внедрения электрохирургического метода, в послеоперационном периоде возникло кровотечение, потребовавшее повторного оперативного вмешательства. Это заставило нас в последующем прошивать сосудистую ножку иссекаемого геморроидального узла. У 8 (1 %) человек контрольной группы возникло кровотечение из сосудистой ножки, что так же потребовало повторного вмешательства. Задержка мочеиспускания наблюдалась у 5 (1,3 %) пациентов основной и 20 (2,4 %) контрольной группы. Стриктура анального канала наблюдалась через 6 месяцев у 3 (0,75 %) и 9 (1,1 %) больных основной и контрольной группы соответственно. Ни у одного из пациентов не отмечалось явлений инконтиненции. Сроки пребывания в стационаре составили 4 – 5 дней в основной группе и 6 – 7 в контрольной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе полученных результатов, отмечено сокращение времени операции в 2,3 раза, сокращение использования наркотических анальгетиков в 10,4 раза, снижение количества послеоперационных осложнений в 1,8 раза, сокращение сроков пребывания в стационаре в 1,5 раза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, методику геморроидэктомии с применением аппаратно-контролируемой биполярной электрокоагуляции с прошиванием сосудистых ножек геморроидальных узлов, можно считать успешной альтернативой стандартной геморроидэктомии по Milligan – Morgan.

К.С. Толкачев, А.В. Щербатых

ВЛИЯНИЕ ПАХОВОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПО LICHTENSTEIN НА КРОВОТОК В *A. TESTICULARIS*

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Цель исследования: оценить влияние операции по Lichtenstein на состояние качества жизни пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основа работы — прямой анализ и хирургическое лечение 19 пациентов мужского пола с неосложненными паховыми грыжами. Средний возраст 42,1 ± 1,7 года. Контрольная группа (ГК) 24 практически здоровых мужчин этого же возраста. Пациентов с косыми паховыми грыжами — 13 (68,4 %), с прямыми паховыми грыжами — 6 (31,6 %). Анамнез — от 4 месяцев до 20 лет. 16 (84,2 %) выполнена пластика пахового канала по Lichtenstein (группа Г1), 3 (15,8 %) — трансабдоминальная предбрюшинная протезирующая герниопластика (группа Г2). У всех (100 %) пациентов группы Г2 верифицирована прямая паховая грыжа. До операции, на 7 сутки после его проведения проводили: осмотр, УЗИ, УЗДГ сосудов семенного канатика, интраоперационную оценку размеров ГМ, высоту стояния яичка, термометрию, выраженность кремастерного рефлекса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Интраоперационно у пациентов группы Г1 с прямыми паховыми грыжами средний размер ГМ 4,2 ± 0,7 см × 3,6 ± 0,3 см, у группы Г1 с косыми паховыми грыжами — 8,3 ± 1,4 см × 4,1 ± 0,8 см. Явления незначительного отека мошонки в послеоперационном периоде до 7 суток отмечены у 7 (43,8 %) пациентов Г1. Осложнений не наблюдалось. УЗДГ в сосудах органов мошонки у пациентов ГК ($p > 0,05$). При УЗДГ до операции установлено, что СК в яичковой артерии на пораженной стороне у больных с паховыми грыжами ниже, чем на здоровой стороне и у лиц ГК ($p < 0,05$), т.е. имеется прямая связь между наличием паховых грыж и СК. Среднее значение линейной СК в яичковой артерии: в ГК — 10,3 м/с в систолу и 3,2 м/с в диастолу. Определено снижение скоростных показателей на стороне поражения у пациентов Г1 и Г2 с прямыми паховыми грыжами и косыми паховыми грыжами. Более выраженные УЗДГ нарушения определены у больных с косыми паховыми грыжами. С увеличением сроков грыженосительства и размеров ГМ эти показатели претерпевали изменения в сторону ухудшения кровотока по яичковой артерии и увеличением индекса резистентности более 0,7. На стороне поражения у пациентов Г1 с косыми паховыми грыжами (7 сутки) — 6,7 м/с в систолу и 2,1 м/с в диастолу. В группе Г1 с прямыми паховыми грыжами (7 сутки) — 7,9 м/с в систолу и 2,6 м/с диастолу. У пациентов Г2 7 сутки — 10,2 м/с в систолу и 3,0 м/с в диастолу. Среднее значение индекса резистентности в яичковой артерии пациентов ГК составило 0,62 ± 0,018 м/с. Среднее значение индекса резистентности у пациентов Г1 с косыми паховыми грыжами в контралатеральной яичковой артерии составил — 0,63 ± 0,019 м/с, у пациентов Г1 с прямыми паховыми грыжами — 0,67 ± 0,025 м/с, у Г2 — 0,66 ± 0,07 м/с. На стороне поражения индекс резистентности в группе Г1 с косыми паховыми грыжами — 0,75 ± 0,032 м/с на 7 сутки после операции. На стороне поражения индекс резистентности через 7 дней в группе Г1 с прямыми паховыми грыжами — 0,69 ± 0,025 м/с, а также в группе Г2 — 0,67 ± 0,08 м/с. При УЗИ мошонки у 7 (36,8 %) группы Г1 и Г2 до и после операции наблюдалось незначительное увеличение размеров яичка на стороне вмешательства. При определении высоты стояния яичка установлено, что яичко на стороне вмешательства оказалось ниже у 5 (31,3 %) осмотренных, в среднем на 1,24 ± 0,25 см у пациентов Г1. Яичко на стороне операции — у 2 (12,5 %) в среднем на 0,63 ± 0,25 см у пациентов Г1. У больных группы Г2 отмечено обычное физиологическое соотношение по высоте стояния. Кремастерный рефлекс на стороне вмешательства у пациентов группы Г1 отсутствовал у 1 (6,3 %) больного, был вялым у 6 (37,5 %) больных и у 9 (56,3 %) был живым. У (100 %) пациентов группы Г2 кремастерный рефлекс был живым. При термометрии кожи мошонки установлено, что температура на стороне вмешательства (7 сутки) в среднем ниже на 0,4 °С в Г1.

ВЫВОДЫ

Изменения в репродуктивной системе определяются наличием паховой грыжи, ее видом, анамнезом грыженосительства, размерами ГМ. Для верификации возможности нарушений репродуктивной функции у пациентов после паховой герниопластики по Lichtenstein требуется систематизация материала.

К.С. Толкачев, А.В. Стальмахович, А.В. Щербатых

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЗКОСПЕКТРАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ В РАБОТЕ КЛИНИК ГБОУ ВПО ИГМУ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

Цель исследования: изучить возможности применения узкоспектральной цифровой видеоколоноскопии для диагностики патологии слизистой оболочки толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период с 01.01.2011 по 01.01.12 на базе клиник ГБОУ ВПО ИГМУ впервые проведено 110 исследований с использованием системы Olympus Evis Exera 2 видеоколоноскопом CF – H180AL. Из них 38 (34,5 %) мужчин, женщин 72 (65,5 %), средний возраст мужчин 56,7 лет, женщин – 56,9 года. После осмотра в обычном световом режиме всем пациентам производилась визуализация исследуемых участков с использованием NBI-режима.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре слизистой оболочки толстой кишки в отсутствие воспаления отчетливо визуализировался сосудистый рисунок, имеющий характерное зеленое свечение, а слизистая оболочки толстой кишки имела бледный сиреневый цвет у 28 (25,5 %). При исследовании в обычном световом режиме у 49 (44,5 %) выявлены признаки хронического поверхностного колита, с NBI у 74 (67,3 %) больных. Диагностированы очаговые и диффузные воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки различной степени выраженности. Слизистая оболочка толстой кишки с проявлениями минимального воспаления – у 29 (21,8 %). При этом в NBI-режиме у 49 (44,5 %) пациентов визуализировалось незначительное зеленое свечение, отмечаемое в основном перивазально. Воспалительный процесс умеренной степени выраженности верифицирован у 8 (7,3 %) больных в обычном световом режиме, у 13 (11,8 %) пациентов – в NBI. В NBI слизистая оболочка толстой кишки приобретала умеренно выраженное специфическое светло-зеленое свечение, на фоне которого более отчетливо визуализировался сосудистый рисунок, который имел более насыщенный в сравнении с воспалительным фоном зеленый цвет. У 11 (10,0 %) больных в обычном световом режиме, в NBI – у 12 (10,9 %) пациентов диагностировали выраженные очаговые диффузно распространенные воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки. В NBI эти изменения слизистой оболочки толстой кишки визуализировались в виде интенсивного свечения, сосудистый рисунок при этом практически не визуализировался. Морфологические исследования биоптатов выявили признаки соответствующих степеней выраженности воспаления в NBI-режиме у 72 (97,3 %), в обычном световом режиме у 32 (65,3 %) пациентов. Исследование в NBI-режиме сделало возможным отчеливую визуальную диагностику демаркационной зоны воспаления. Полипы толстой кишки 1 типа верифицированы у 5 (14,3 %) пациентов с обычным световым режимом и у 13 (37,1 %) с NBI; 2 типа – у 19 (54,3 %) с обычным световым режимом и у 28 (80,0 %), 3 типа – у 6 (17,1 %) с обычным световым режимом и NBI, 4 типа – у 9 (25,7 %) обследуемых лиц с обычным световым режимом и NBI. У всех пациентов (100 %) при морфологическом исследовании верифицирована картина тубулярных аденом. Явления дисплазии легкой степени тяжести верифицированы у 10 (9,1 %) пациентов, средней – у 14 (12,7 %), выраженной степени тяжести – у 3 (2,7 %) пациентов. Признаки неопластического процесса верифицированы с NBI у 3 (2,7 %) пациентов, с обычным световым режимом – у 2 (1,8 %) пациентов. Патоморфологическая картина представлена фокусами аденокарциномы. С обычным световым режимом – у 2 (1,8 %), с NBI – у 4 (3,6 %) пациентов диагностированы язвенно-некротические изменения, обусловленные наличием неспецифического язвенного колита. Удалены фульгурацией и петлевой электроэксцизией 41 (73,2 %) мелкий аденоматозный полип. Из них при видеоколоноскопии с NBI – 100 %. В настоящее время все пациенты находятся на диспансерном учете с периодическим эндоскопическим контролем.

ВЫВОДЫ

Современные возможности эндоскопических технологий позволяют улучшить качество исследований толстой кишки, и, как следствие, повысить эффективность ранней диагностики и своевременного лечения предраковой патологии.

Н.Н. Томских, Н.И. Богомолов

ОБТУРАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)
ГУЗ «Краевая клиническая больница» (Чита)

Целью исследования явилась необходимость создания обтураторов нового поколения и пломбировочной композиции для лечения сформированных, несформированных, трубчатых свищей и остаточных полостей.

Для лечения различных свищей нами разработаны охраноспособные технологии и устройства для их реализации, значительно улучшившие общие результаты лечения. Оценка лечения осуществлялась по продолжительности подготовки к радикальной операции, стоимости лечения, качеству жизни и другим критериям. Стояла задача создания обтураторов нового поколения с использованием сорбционных и обтурационных технологий. Для обтурации сформированных тонко- и толстокишечных свищей нами использовано устройство (патент РФ № 2143285). Обтуратор готовится в условиях клиники, все материалы устройства, соприкасающиеся с тканями организма, имеют допуск для использования в медицине. Обтуратор надежно герметизирует свищевой канал, удобно крепится на теле и практически не заметен за верхней одеждой. Все больные отметили повышение качества жизни при использовании этого устройства. Обтуратор применяли у 56 пациентов, 11 из которых могли даже выполнять прежнюю работу.

Для лечения несформированных и сформированных свищей и свищей, открывающихся в гнойную рану, нами разработано и применено у 43 больных «Устройство для обтурации и лечения кишечного свища» (патент РФ № 2224554). Устройство повышает эффективность процесса герметизации свищевого хода за счет надувного баллона и контейнера с сорбентом в основании прозрачной сферы. В просвет кишки вводятся интубационные трубки с раздувными манжетами, из приводящего колена дозировано осуществляется аспирация, а в отводящее колено вводится собранный химус и питательные смеси. Устройство успешно применено у 43 больных. Установлено, что сроки подготовки к выполнению восстановительной операции были достоверно короче, чем в группе клинического сравнения.

Для лечения трубчатых свищей и остаточных полостей после удаления органа, вскрытия гнойной полости предложена композиция из лекарственных средств, формирующих пломбу и служащих основой для развития грануляционной ткани (положительное решение формальной экспертизы по заявке № 2003121619/14 с приоритетом от 14.07.2003 г.). В состав композиции входит и рентгенконтрастное вещество, позволяющее в динамике контролировать процесс лечения. Разработанным способом пролечено 32 больных. Лечение оказалось эффективным у 87 % больных. Достоинством метода является отсутствие раздражающего действия на ткани, проникновение композиции во все пространства, благодаря коллоидной консистенции. Способ позволяет избежать повторной операции у ослабленных больных.

Следовательно, в таком разделе, как хирургия свищей, есть прекрасное поле деятельности для новых технологий лечения и устройств для их реализации. Клиника и больные всегда будут заинтересованы в новых способах лечения, удобных обтураторах, повышающих качество жизни. Важно умело и уместно совмещать новые материалы, обтурационные технологии, сорбенты, привносить в медицину достижения из машиностроения, технологии обогащения. Необходимо более тесное сотрудничество хирургов, инженеров, конструкторов, создателей новых материалов. Организационные структуры медицины и хирургии, в частности, должны взять на себя права на внедрение новых технологий и производство новых обтураторов.

С.А. Усов, Д.Н. Ровенских, Г.Г. Сартаков

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИДЕОПАТИЧЕСКИМ ТРОМБОЗОМ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

МБУЗ Городская клиническая больница № 1 (Новосибирск)
Новосибирский военный институт внутренних войск МВД России им. генерал-майора А.Н. Яковлева (Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на то, что метаболический синдром не фигурирует в качестве самостоятельной нозологической единицы в МКБ 10, его наличие и опасность для жизни и здоровья пациентов не подвергаются сомнению множеством ведущих отечественных и зарубежных клиницистов. Основной причиной тяжелых и нередко фатальных осложнений метаболического синдрома являются острые нарушения артериального

кровоснабжения миокарда или головного мозга (инфаркт миокарда, инсульт). Значительно меньше внимания уделяется острым нарушениям венозного кровообращения нижних конечностей у лиц с наличием метаболического синдрома. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей является опасным заболеванием, встречающимся в практике врачей различных специальностей. в большинстве случаев причина возникновения острого нарушения кровотока по глубоким венам нижних конечностей остается неизвестной; в этих случаях говорят об «идеопатическом остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей».

Цель исследования: изучить частоту метаболического синдрома у лиц с идеопатическим острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основную группу составили 80 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст больных 48,3 ± 1,5 лет (38 мужчин и 42 женщины) с идеопатическим острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей, последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке. Для сравнительного анализа сформирована группа 1589 человек (680 мужчин, 909 женщин), средний возраст 47,9 ± 0,03 лет, жители двух административных районов г. Новосибирска. Выборка была сформирована на основе избирательных списков с использованием таблиц случайных чисел. Общий объем выборки из генеральной совокупности определен протоколом проекта HAPIEE Критериями включения в исследование были: Возраст от 18 до 60 лет; установленный клинически диагноз острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей; верификация диагноза с помощью ультразвукового дуплексного сканирования сосудов нижних конечностей; информированное согласие пациента на включение в исследование. Критериями исключения были: наличие диагностированного онкологического заболевания; регулярный прием комбинированных оральных контрацептивов; травма нижних конечностей; длительная иммобилизация ввиду наличия основного заболевания. В качестве компонентов метаболического синдрома использовались классификации American Heart Association (AHA), International Diabetic Federation (IDF), Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК). Программа исследования по изучению распространенности метаболического синдрома включала следующие разделы: измерение артериального давления, антропометрию, определение ряда биохимических параметров. Лабораторные исследования включали определение содержания общего холестерина и триглицеридов в сыворотке крови, холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности; определение концентрации глюкозы в плазме крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

По полученным данным частота метаболического синдрома у больных с идеопатическим острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей согласно критериям IDF составила 53,8 % (47,7 % среди мужчин и 61,1 % среди женщин), по критериям AHA 40,0 % (31,8 % и 50 %), по критериям ВНОК — 41,3 % (36,4 % и 47,2 %) соответственно.

В популяции г. Новосибирска частота метаболического синдрома согласно критериям IDF составила 33,0% (26,7 % среди мужчин и 37,8 % среди женщин), по критериям AHA — 22,3 %, (12,6 и 29,6 %), по критериям ВНОК — 36,7 % (30,7 и 41,2 %) соответственно.

ВЫВОДЫ

Встречаемость метаболического синдрома у больных с идеопатическим острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей значительно выше, чем в общей популяции жителей Новосибирска.

С.А. Усов, Д.Н. Ровенских, Г.Г. Сартаков

СТРУКТУРА ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

МБУЗ Городская клиническая больница № 1 (Новосибирск)
Новосибирский военный институт внутренних войск МВД России им. генерал-майора А.Н. Яковлева (Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей по данным В.С. Савельева в России составляет 2 на 1000 населения в год. Наиболее опасным (и зачастую фатальным) ранним осложнением острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей является тромбоэмболия легочной артерии. Среди поздних осложнений острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей превалирует хроническая венозная недостаточность, нередко развивающаяся в результате неполного или неадекватного лечения острого тромбоза глубоких вен нижних конеч-

ностей. Важное место в современной концепции возникновения острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей занимает понятие «фактор риска», обозначающее любое состояние, между наличием которого и повышенной встречаемостью заболевания существует, либо предполагается причинно-следственная связь (Rosendaal F.R., 1999). К настоящему времени выяснен целый ряд достоверных факторов риска развития острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Наиболее часто он встречается у больных, иммобилизованных в силу тех или иных обстоятельств (выпадение функции «мышечной помпы» нижних конечностей); пациентов со злокачественными опухолями; больных, перенесших ортопедические операции; пациенток, регулярно принимающих оральные контрацептивы; больных с разного рода тромбофилиями, в том числе — генетически обусловленными. Однако в большинстве случаев причина возникновения острого нарушения кровотока по глубоким венам нижних конечностей остается неясной; в этих случаях уместно говорить об «остром идеопатическом тромбозе глубоких вен нижних конечностей».

Цель исследования: изучить структуру факторов риска острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Определить долю острого идеопатического тромбоза глубоких вен нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследуемую группу вошли 206 последовательно поступивших больных с острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей (102 мужчин и 104 женщины) возрасте от 17 до 83 лет, средний возраст больных последовательно поступивших в Новосибирский городской ангиохирургический центр в экстренном порядке 54,3 ± 1,5 лет. Диагноз тромбоза глубоких вен нижних конечностей устанавливали клинически и подтверждали с помощью ультразвукового дуплексного сканирования. Всем больным в период госпитализации проводились общеклинические, инструментальные исследования и медико-генетическое обследование на наличие основных приобретенных и наследственно обусловленных факторов риска острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей: иммобилизация, ортопедические операции, прием контрацептивов, наличие злокачественной опухоли, ожирение, мутация Лейдена, мутация гена протромбина, мутация метилентетрагидрофолатредуктазы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе обследования злокачественная опухоль диагностирована у 37 (17,9 %) больных, контрацептивы принимало 12 (5,9 %) больных, иммобилизованных в связи с травмой нижних конечностей — 8 (3,9 %), в связи с наличием общесоматической патологии — 10 (4,8 %), перенесших ортопедические операции — 3 (1,4 %), ожирение — у 12 (5,9 %) больных.

При генетическом обследовании получены следующие данные: мутации Лейдена не обнаружено, мутации гена протромбина не обнаружено, гомозиготных мутаций метилентетрагидрофолатредуктазы — 28 (13,6 %), гетерозиготных мутаций — 16 (7,8 %).

У 80 (38,8 %) больных не обнаружено никаких факторов риска. В этом случае характер тромбоза глубоких вен нижних конечностей принят идеопатическим.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты позволяют нам утверждать, что более чем у трети (38,8 %) больных острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей он имеет идеопатический характер.
2. Среди приобретенных факторов риска наиболее значимым является наличие злокачественной опухоли.
3. В структуре наследственных тромбофилий в г. Новосибирске встречаются нарушения фолатного цикла вследствие мутации метилентетрагидрофолатредуктазы.

А.А. Филиппов, В.С. Гусаревич, Н.М. Гоголев, С.Н. Гаврильев, К.П. Слепцов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Республиканская больница № 2 – ЦЭМП (Якутск)

Успехи терапевтического лечения больных с деструктивными воспалительными заболеваниями легких и плевры в последние годы связаны с применением современных антибактериальных средств. Несмотря на это, количество больных с гнойно-деструктивными процессами в легких и плевре не уменьшается. Лечение больных с деструктивными гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры требует от врача-хирурга длительного дорогостоящего лечения, а частая хронизация процесса, приводящая к инвалидности, высокие показатели летальности (от 4 до 18 % по литературным данным) остается достаточно сложной проблемой.

В отделении гнойной хирургии РБ № 2 ЦЭМП проходили лечение больные с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры доставленные из городов и улусов республики. Женщины составили 15,6 %, а мужчины подавляющее большинство — 84,4 %. При этом большинство пациентов составили мужчины трудоспособного возраста — старше 40 лет.

64,5 % больных поступили в наше отделение в сроки от 5 до 62 суток от начала заболевания из стационаров городов и улусов республики, остальные пациенты госпитализированы в отделение на 4—46 сутки от начала болезни по скорой помощи или доставлены из дома.

Среди причин возникновения гнойно-деструктивных процессов преобладали пневмонии после переохлаждения. Затем идут больные с абсцессами легких и эмпиемами плевры, возникшими после проникающих ранений, а также тупых травм грудной клетки и составили 14,4 % случаев. Достаточно высокий процент — 11,2 % — составили больные со злокачественными опухолевыми процессами в легких.

В 32,3 % наблюдений у больных имелась тяжелая сопутствующая патология значительно ухудшавшая прогноз заболевания: острая и хроническая алкогольная интоксикация с развитием печеночно-почечной недостаточности, сахарный диабет, острые нарушения внутримозгового кровообращения и органические заболевания ЦНС, вирусный гепатит В, хроническая надпочечниковая недостаточность, последствия спинальной травмы.

Нозологическими формами деструктивных гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры являлись острые абсцессы легких — 85,2 % больных, в 18 случаях они были осложнены наличием бронхоплевральных свищей и(или) эмпиемой плевры. С хроническими абсцессами пролечено 12,8 % пациентов, у троих из них имелся бронхоплевральный свищ с ограниченной эмпиемой плевры. Острая эмпиема плевры (без абсцесса) имелась у 82,4 % больных, хроническая — у 17,6 % больных.

Бактериальное исследование мокроты, содержимого полостей абсцессов и эмпием проводилось на 1—2 сутки после поступления в клинику, повторно — через 7 суток и далее — с периодичностью в 10 суток. При этом имелась четко выраженная динамика в изменении микрофлоры. Если при первичном исследовании в подавляющем большинстве высевается *Str. viridans*, *St. aureus* и *St. epidermidis*, реже — *Kl. pneumonie*, то после начала антимикробной терапии в большинстве случаев присоединяется условнопатогенная флора, имеющая больший резерв антибиотикорезистентности (*E. coli*, *Ent. faecalis*, *Ent. agglomerrans*, *Candida spp.*). Заборы крови проведены у больных с тяжелым течением процесса, в том числе с высевом на анаэробные среды и среды обогащения. Несмотря на явные проявления сепсиса, бактериемии ни у одного больного выявлено не было.

Основными направлениями терапии при лечении больных с деструктивными заболевания легких и плевры мы считаем антибитикотерапию, в том числе регионарную; дренирование и санацию гнойных полостей; санационную бронхоскопию, эндоскопическую окклюзию бронхов (полипропилен) при бронхоплевральных свищах, коррекцию водно-электролитного обмена, анемии, нутритивную поддержку, использование бронхолитиков, физиотерапию.

Хирургическая коррекция заключалась в основном трансторакальном дренировании гнойных полостей с последующей регулярной санацией антисептиками. Осложнения данного вида дренирования (парадренажные флегмоны, подкожная эмфизема) зафиксированы в 3,2 %.

Открытые оперативные вмешательства произведены по жизненным показаниям у 5 больных. Показаниями явились кровотечение 2 и 3 степени. При бронхоплевральных свищах произведены атипичные резекции легкого, пульмонэктомии. Несостоятельность культи бронха наблюдалась в одном случае у пациентки, направленной после пульмонэктомии из районной больницы, по поводу чего производилась реторакотомия, резекция и ушивание культи. Послеоперационная летальность составила 10 %.

Госпитальная летальность составила 7,3 %. Причиной смерти послужили деструктивные пневмонии с прорывом абсцессов в плевральную полость, распространенная эмпиема плевры, гангренозный абсцесс легкого. У всех больных имелся сепсис, прогрессирующая полиорганная недостаточность.

Клиническое выздоровление достигнуто с абсцессами легких у 87,6 %, переход в хроническую форму имелся у 6,9 % больных. Из больных с эмпиемами плевры различной этиологии, клиническое выздоровление имелось у 93,7 % пациентов, переход в хроническую форму — у 5,2 %. Средняя длительность лечения выписанных больных составила 34,5 койко-дней, в группе умерших — 7,2 койко-дня.

ВЫВОДЫ

1. Учитывая ведущую роль бронхообструктивного синдрома при деструктивных гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры, рекомендуем применение эндоскопической санации трахеобронхиального дерева в условиях терапевтического стационара.

2. При деструктивных гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры чаще всего высеваются *Str. viridans*, *St. aureus* и *St. epidermidis*, реже — *Kl. pneumonie*.

3. Данные, полученные при анализе историй болезни, указывают на частое развитие легочных деструкций и переход экссудативных плевритов в гнойные при отсутствии в терапевтических стационарах адекватной начальной этиотропной антибиотикотерапии и эндоскопической санации трахеобронхиального дерева при бронхообструктивном синдроме.

4. Частое присоединение полирезистентной госпитальной флоры, характерной для внутрибрюшных инфекций при нахождении больного в отделении гнойной хирургии более 20 суток, утяжеляет его состояние, значительно увеличивает стоимость лечения. Это диктует необходимость создания возможности для лечения данной категории больных вне отделения гнойной хирургии в максимально ранние сроки после стабилизации состояния.

5. Мы считаем, что для улучшения результатов лечения и уменьшения сроков госпитализации необходимо внедрение торакоскопических методов лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры.

6. Видим необходимым открытие специализированного торакального отделения для лечения больных с деструктивными заболеваниями легких и плевры в масштабах республики Саха (Якутия). Решение данных вопросов позволит существенно улучшить качество лечения многочисленной категории больных, нуждающихся в помощи торакальных хирургов.

А.П. Фролов

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ СТРЕПТОКОККОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразивтия РФ (Иркутск)

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается рост стрептококковых инфекций мягких тканей. Среди стрептококковых инфекций мягких тканей существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием некротического поражения мягких тканей.

Цель исследования: изучить особенности иммунного статуса при различных стрептококковых инфекциях мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ иммунного статуса крови у 79 больных с различными формами стрептококковых инфекций мягких тканей, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клинико-морфологических проявлений стрептококковых инфекций мягких тканей больные разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1ГКС) включены 26 больных с серозным воспалением кожи и подкожной клетчатки (рожей и целлюлитом). Во 2 группу клинического сравнения (2ГКС) – 21 больной с гнойным воспалением подкожной клетчатки (гнойным целлюлитом). В 3 группу клинического сравнения (3ГКС) включены 32 больных с некротическим поражением фасции и мышц (некротической формой рожи, некротическим фасциитом и миозитом). Исследование иммунного статуса осуществлялось по стандартным методикам в острый период заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во всех исследуемых группах количественное содержание лейкоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов (Е-РОК т.р.) находилось в пределах нормальных значений. В этих же группах количество Т-хелперов (Е-РОК т.р.) было повышено в группах (66,96 ± 3,20; 65,33 ± 2,52; 68,62 ± 1,43 %), а их уровни достоверно не отличались друг от друга. Количество Т-супрессоров (Е-РОК т.ч.) – было снижено в 1 ГКС (2,62 ± 0,70 %) и 3 ГКС (0,53 ± 0,24 %). При этом количество Т-супрессоров в 3ГКС было достоверно меньше, чем в 1 ГКС (2,62 ± 0,70 %) и 2ГКС. Состояние В-звена иммунной системы характеризовалось тем, что во всех исследуемых группах уровни Ig G и Ig M находились в пределах нижней границы нормы, а уровень Ig A – снижен (1,48 ± 0,08; 1,20 ± 0,15; 1,49 ± 0,8 г/л). Концентрация циркулирующих иммунных комплексов во всех группах была повышена (140,8 ± 23,3; 119,8 ± 23,8; 149,0 ± 23,5 у.е.), а их уровень не отличался друг от друга. Со стороны фагоцитарной системы отмечалось увеличение фагоцитарного индекса во всех группах, в 3 ГКС (60,88 ± 2,7) он достоверно был выше, чем в 1 ГКС (53,46 ± 2,74), и не отличался от показателя во 2 ГКС (57,71 ± 3,68). Уровень активности нейтрофилов в НСТ-тесте сп. был повышен во всех группах (37,88 ± 1,83; 37,10 ± 1,52; 37,10 ± 1,52 %), а показатели не отличались достоверно друг от друга. Уровень НСТ-теста инд. в 3 ГКС (64,09 ± 1,31 %) достоверно выше, чем в 2 ГКС (58,67 ± 2,09 %) и не отличался от показателя в 1 ГКС (62,81 ± 2,07 %).

ВЫВОДЫ

У больных со стрептококковой инфекцией мягких тканей в острый период заболевания отмечается Т-супрессорный иммунодефицит. Для повышения эффективности лечения стрептококковых инфекций мягких тканей в комплексную терапию необходимо включать мероприятия, направленные на коррекцию иммунодефицитного состояния.

А.П. Фролов

ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКССУДАТА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

В начальной стадии стрептококковые заболевания мягких тканей имеют сходную симптоматику (отек, гиперемию, боль в области поражения). Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике.

Цель исследования: определить возможность использования цитологического исследования экссудата для диагностики различных форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведены цитологические исследования экссудата мягких тканей у 82 больных со стрептококковыми заболеваниями мягких тканей. Экссудат получали методом пункционной аспирации из центра очага воспаления. В мазках, окрашенных по Романовскому-Гимзе, определяли вид и среднее количество микробных тел в полях зрения (×630), среднее количество лейкоцитов, среднее количество деструктивных лейкоцитов, вид фагоцитоза и процент фагоцитирующих клеток. Рассчитывали микробно-лейкоцитарный коэффициент — соотношение количества стрептококков к количеству лейкоцитов. С учетом клинико-морфологических проявлений стрептококковых инфекций мягких тканей все заболевания были разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1 группу клинического сравнения (1 ГКС) включен 31 больной рожей и серозным целлюлитом. Во 2 группу клинического сравнения (2 ГКС) — 21 больной гнойным целлюлитом. В 3 группу клинического сравнения (3 ГКС) — 30 больных некротической формой рожи, некротическим фасциитом и миозитом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При цитологическом исследовании экссудата мягких тканей в 1 ГКС обнаруживалось небольшое количество стрептококков (8,39 ± 1,89) и лейкоцитов (5,42 ± 0,77). Деструктивные форы лейкоцитов (0,58 ± 0,32) встречались редко. Фагоцитоз не выражен, фагоцитарный индекс составил 0,048 ± 0,048 %. Микробно-лейкоцитарный коэффициент был низкий (2,10 ± 0,57). Во 2 ГКС в экссудате имелось умеренное количество стрептококков (25,95 ± 6,78) и значительное количество лейкоцитов (36,70 ± 7,61), что достоверно больше, чем в 1 ГКС. Количество деструктивных лейкоцитов (11,10 ± 2,45) выявлялось больше, фагоцитарный индекс (1,595 ± 0,459 %) значительно выше, чем в 1 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент низкий (2,53 ± 1,74) и не отличался от 1 ГКС. В 3 ГКС количество стрептококков (566,50 ± 66,28) обнаруживалось значительно выше, чем в 1 ГКС и 2 ГКС, количество лейкоцитов (15,67 ± 2,97) больше чем в 1 ГКС, но меньше, чем во 2 ГКС, что достоверно больше. Количество деструктивных лейкоцитов (11,67 ± 1,68) соответствовало 2 ГКС. Фагоцитоз не выражен (ИФ — 0,0667 ± 0,0463 %), что отличало от 2 ГКС. Микробно-лейкоцитарный коэффициент (188,90 ± 46,19) был значительно выше, чем в других группах.

ВЫВОДЫ

При развитии некротических форм стрептококковых заболеваний мягких тканей в экссудате мягких тканях при цитологическом исследовании обнаруживается большого количества стрептококков, при возникновении гнойного процесса — большое количество лейкоцитов. Эти данные могут быть использованы для дифференциальной диагностики форм стрептококковых заболеваний мягких тканей.

А.П. Фролов, А.А. Русецкая

ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА

ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Иркутск)

В настоящее время в России отмечается рост заболеваемости туберкулезом. При развитии осложнений абдоминальной формы туберкулеза возникают симптомы острой хирургической патологии, что служит поводом для направления больных с данными клиническими проявлениями на лечение в общехирургические стационары, оказывающие ургентную помощь. Лечение больных туберкулезом в общей клинической сети имеет свои проблемы.

Цель исследования: оценить характер лечения и исходы осложнений абдоминальной формы туберкулеза в ургентной хирургии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ 94 наблюдений абдоминальной формы туберкулеза у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ в 2006 – 2011 гг. Больные были в возрасте 18 – 66 лет. Из них до 20 лет было 2 больных, 20 – 29 лет – 35, 30 – 39 лет – 40, 40 – 49 лет – 12, 50 – 59 лет – 4, старше 60 лет – 1.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оперировано 74 больных. Основным поводом к операции послужило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 43 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. В 23 случаях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 9 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 7 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 2-х случаях), в 3 – туберкулез печени, 2 случая – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 9 случаях был отмечен туберкулез брюшины. У 56 больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита. Лапаротомия выполнена у 66 больных, из них в 7 случаях она носила эксплоративный характер. Самыми частыми операциями были: резекции пораженного участка кишки с отсроченным анастомозом в 19 наблюдениях, иссечение и ушивание перфоративной язвы кишки (11), вскрытие и дренирование абсцедирующего мезаденита (5) и санации брюшной полости по поводу туберкулезного перитонита (7). В 24 наблюдениях возникла необходимость в этапных хирургических санациях брюшной полости. Не оперировано 20 больных, у которых клинико-инструментальными методами исследования были исключены хирургические осложнения АФТ. Умерло 56 больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной смерти у 42 больных был генерализованный туберкулез, у 14 больных – разлитой гнойный перитонит с органной дисфункцией.

ВЫВОДЫ

Необходимость в ургентной хирургической помощи наиболее часто возникала у больных с туберкулезом кишечника, осложненным перфорацией, реже – с туберкулезным мезаденитом. Неблагоприятным прогностическим фактором абдоминальной формы туберкулеза для жизни являлось наличие перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

М.Н. Чеканов, А.М. Чеканов

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩАЯ ХИРУРГИЯ ВЫСОКИХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель: улучшение функциональных результатов хирургического лечения высоких свищей прямой кишки.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

За период с января 2010 г. по январь 2012 г. нами было оперировано 19 пациентов. Мужчин – 11, женщин – 8. Средний возраст: 48 ± 13 лет (от 26 до 74 лет). Анатомия свищей была следующей: передний транссфинктерный – у 10 пациентов, передний экстрасфинктерный – у 4-х, задний транссфинктерный – у 1, задний экстрасфинктерный – у 4-х пациентов. Техника выполнения вмешательства: после прокрашивания свищевого хода витальным красителем, в просвет свища на всем протяжении вводился зонд. В области межсфинктерной борозды, над свищем, выполнялся разрез до 1,5 см. Внутренний сфинктер отслаивался с помощью диссектора от наружного. При этом выделялся свищевой ход на протяжении 1 – 1,5 см, зонд удалялся, свищевой ход лигировался дважды и пересекался между лигатурами. После пересечения свищевого хода рана ушивалась наглухо. Раневой канал дренировался резиновым выпускником до 3 – 4 суток.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Медиана срока наблюдения составила 42 недели (от 3 до 105 недель). Рецидив прямокишечного свища отмечен дважды: у женщины 34 лет с передним транссфинктерным свищем и мужчины 74 лет с передним экстрасфинктерным свищем.

ВЫВОДЫ

Предложенный метод лигирования свищевого хода в межсфинктерном слое является эффективной, безопасной и малозатратной альтернативой остальным используемым методам.

А.В. Чердаков, Р.В. Матюшкин, В.А. Огольцова, Е.Н. Касторных

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница» (Тула)

Обширные дефекты мягких тканей волосистой части головы являются актуальной проблемой современной реконструктивно-восстановительной хирургии. Сложность оперативного лечения данной категории заболеваний является неоспоримой. Целью нашего исследования послужил анализ хирургического лечения группы больных с указанной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ожоговом отделении Тульской областной клинической больницы за период 2006 — 2011 гг. находились на лечении 32 пациента с обширными деформациями мягких тканей волосистой части головы. Из них мужчин было 25 (78 %), женщин 7 (22 %), возраст колебался в пределах 32 — 64 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лечении данной группы больных использовался метод баллонной дермотензии. На 1 этапе производилась имплантация 1 или 2 латексных экспандеров в смежные с зоной дефекта участки, в зависимости от размера дефекта. С 3 — 4 суток начинали дермотензию — дробно вводили стерильный изотонический раствор в экспандер. На 2 этапе производили иссечение краев раны, удаление экспандеров и выполняли пластику экстензионным лоскутом. При необходимости указанное лечение комбинировали с аутопластикой свободным расщепленным лоскутом. Во всех наблюдениях отмечено отсутствие гнойно-воспалительных осложнений, заживление ран первичным натяжением, хороший косметический эффект и отсутствие деструкции костной ткани. Сроки лечения колебались от 24 до 36 дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведя анализ хирургического лечения больных с обширными дефектами мягких тканей волосистой части головы, можно утверждать, что метод баллонной дермотензии является решением проблемы реконструктивно-восстановительной хирургии. Его применение позволяет получить удовлетворительный косметический эффект, сократить сроки нетрудоспособности больных и снизить затраты на лечение.

Ю.В. Чикинев, К.Н. Покатилов, Е.А. Дробязгин, А.В. Коробейников

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КРОВОХАРКАНЬЕМ И ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Легочное кровохарканье и кровотечение — частые симптомы легочной и вне легочной патологии. При начавшихся кровохарканьях и кровотечениях невозможно прогнозировать сроки их продолжения, а после прекращения нет уверенности, что они не возобновятся. Лечение таких больных является неотложным и сложным.

В клинике кафедры госпитальной хирургии НГМУ за период с 2009 по 2011 г. пролечено 73 больных легочными кровохарканьями и кровотечениями. Из них мужчин 47, женщин — 26 в возрасте от 18 до 82 лет. Все больные были госпитализированы в стационар. Всем больным при госпитализации выполнялась обзорная рентгенография органов грудной клетки. По данным рентгенографии у большинства (48) пациентов патологии не выявлено. У оставшейся части (25 человек) выявлены изменения, такие как: легочная диссеминация — у 2-х больных, очаговые тени — 17 больных, затемнения легочной ткани — у 6 пациентов.

В нашем отделении мы используем классификацию Е.Г. Григорьева.

Пациентов с I степенью (кровохарканье) — 71. Iа — 42 пациента; 1б — 18 человек; Iв — 11 больных. Пациентов со II степенью (массивное кровотечение) — 2: IIа — 1 больной. IIб — 1 больной. Больных с III степенью (профузное кровотечение) не было.

У 51 больного на фоне проводимой консервативной (гемостатическая терапия, управляемая гипотония) терапии кровохарканье купировано. У 22 пациентов кровохарканье в течение первых суток уменьшилось, но не прекратилось, что потребовало эмболизации бронхиальных артерий (справа — у 8 больных, слева — 3, с обеих сторон — у 11 больных). Эмболизация бронхиальных артерий в нашей клинике выполнялась эмболами ПВА 700 или 1000 микрон. Осложненное течение послеоперационного периода отмечено у одного больного (рецидив кровохарканья), что потребовало повторной эмболизации. Двум больным с массивным легочным кровотечением потребовалось экстренное оперативное лечение. В одном случае больному выполнена верхняя лобэктомия. В другом — больному выполнена обтурация правого главного бронха. У обоих больных отмечено клиническое улучшение, больной после лобэктомии выписан на шестые сутки. Больному после обтурации правого легкого обтуратор удален на третьи сутки, выписан из стационара на седьмые.

ВЫВОДЫ

Эмболизация бронхиальных артерий является оптимальным методом лечения больных с кровохарканьем легочной этиологии, а также для профилактики у больных с деструктивными заболеваниями легких. Для большинства пациентов с I степенью кровохарканья это эффективная органосохраняющая альтернатива бронхоблокации.

Д.Н. Чирков, Н.С. Рудая, Е.И. Маевский

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЭРОЗИЙ ЖЕЛУДКА – ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ СЛИЗИСТОЙ

НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова (Северск, Томская обл.)
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Томск)

Несмотря на значительные успехи фармацевтической промышленности, разработку и внедрение в клиническую практику новых поколений противоязвенных препаратов проблема лечения хронических эрозий далека от разрешения. Вместе с тем, ряд авторов рассматривают рецидивирующий эрозивный хронический гастрит как один из вариантов язвенной болезни.

Целью данной работы явилась разработка и обоснование внедрения в клиническую практику новых методов лечения хронических эрозий желудка с применением эндоскопической техники.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 338 пациентов с хроническими эрозиями выходного отдела желудка. Для эндоскопической резекции слизистой применялась аспирационная методика с использованием дистальных пластиковых колпачков MH и MAY и эндохирургических петель SD-7P и SD-16L.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При разработке показаний к оперативному лечению хронических эрозий — эндоскопической резекции слизистой, учитывали следующие факторы: продолжительность заболевания и эффективность консервативной терапии, локализацию эрозии и степень нарушения эвакуации желудочного содержимого, психологическую готовность больного к операции.

При анализе указанных критериев было отмечено, что при неэффективности комплексного консервативного лечения в течение 2—3 лет, с короткими периодами ремиссии и выраженным болевым синдромом, снижается трудоспособность, повышается риск развития осложнений (кровотечение и даже малигнизация), что является показанием к проведению оперативного лечения.

Таким образом, относительными показаниями к эндоскопической операции при хронической эрозии желудка явились:

- длительно (6 мес. и более) незаживающие хронические эрозии при условии полноценного медикаментозного лечения;
- рецидивирующее течение эрозивного гастрита не менее 5 лет с ежегодными (1—2 раза) обострениями при условии правильного медикаментозного лечения;
- эрозивный гастрит с ежегодными обострениями, когда пациент настаивает на операции в силу невозможности проведения полноценного консервативного лечения либо на фоне выраженного болевого синдрома при обострении, значительно снижающими трудоспособность.

Кроме того, имеется абсолютное показание к выполнению эндоскопической резекции слизистой желудка с хронической эрозией:

- наличие в биоптатах толстокишечной метаплазии, дисплазии, тубулярной аденомы, малого рака.

Противопоказаниями к выполнению эндоскопической операции явились:

- множественные хронические эрозии желудка (более 2);
- острое желудочное кровотечение из эрозии;
- наличие распространенного злокачественного поражения желудка (за пределы собственной мышечной пластинки слизистой);
- тяжелая сопутствующая соматическая патология;
- отказ пациента от оперативного лечения.

В.В. Шимко, А.П. Сахарюк, Л.К. Решетникова, А.Б. Голова, А.И. Сушкова, А.С. Зюзько

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА, ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)

АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние 30 лет отмечается значительный рост заболеваемости сахарным диабетом, его распространенность составляет 5—6 %. Каждые 10—15 лет число больных сахарным диабетом удваивается. Большая социальная значимость сахарного диабета состоит в том, что он приводит к сосудистым осложнениям. Синдром диабетической стопы возникает у 80 % больных сахарным диабетом спустя 15—20 лет от начала заболевания и в половине случаев заканчивается ампутацией одной или обеих ног.

Целью исследования явилась оценка эффективности низкоинтенсивного лазерного излучения и гипербарической оксигенации (ГБО), а так же их сочетание в комплексном лечении синдрома диабетической стопы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всем пациентам проводили курс стандартной лекарственной терапии, включающей введение низкомолекулярных растворов, антикоагулянтов, ангиопротекторов, дезагрегантов, коррекции сахарного диабета. Низкоинтенсивное лазерное излучение проведено 65 больным, ГБО — 43 пациентам, низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО — 66 больным, контрольную группу составили 39 пациентов.

Низкоинтенсивное лазерное излучение выполняли внутривенным и надсосудистым способами. Для внутривенного облучения крови применяли отечественный лазерный аппарат «Мулат» НЦЛЦ «Техника» (Москва), обладающий монохроматическим когерентным излучением с длиной волны 630 нм и мощностью излучения на конце световода 2,5—3 мВт.

Сеансы проводили ежедневно в течение 15—20 минут, курс лечения 10—15 процедур. Одновременно проводили надсосудистое облучение магнитолазерным аппаратом Милта-Ф-8-01 (Москва) в инфракрасном спектре действия. Мощность излучения 110 мВт, частота следования импульсов 150 Гц, продолжительность сеанса 20 минут. Регистрацию микроциркуляции до и после лечения выполняли на аппарате ЛАКК-2 (Москва). Сеансы ГБО проводили ежедневно в барокамере «Енисей-3» при давлении 1,3—1,5 атм. с экспозицией 50—60 минут.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследование основано на опыте лечения 213 пациентов, находившихся в хирургической клинике Амурской государственной медицинской академии.

В исследуемой группе проведен анализ показателей глюкозы, свертывающей системы, липидного спектра крови, состояния регионарной гемодинамики конечности, эффективности лечения с определением экономического эффекта. Во всех оставшихся группах пациентов, по сравнению с контрольной, выявлены значительные корригирующие эффекты сахарного диабета, улучшение показателей коагуляции и липидного спектра крови. Наибольшая эффективность отмечена у пациентов, которым проводилось низкоинтенсивное лазерное излучение в сочетании с ГБО.

ВЫВОДЫ

Таким образом, применение низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с ГБО в комплексном лечении синдрома диабетической стопы способствует улучшению ближайших и отдаленных результатов и может эффективно применяться при данной патологии.

С.Г. Штофин, А.С. Штофин, А.С. Садовский

ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ НА НИКЕЛИД-ТИТАНОВЫХ СТЕНТАХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы за счет упрощения хирургических приемов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

82 пациентам выполнены операции создания панкреато- и пакреатикодигестивных анастомозов с использованием дилатирующих соустья устройств из никелида титана. Из них у 24 при формировании панкреатоеюноанастомоза и у 8 — при панкреатогастроанастомоза во время выполнения панкреатодуоденальной резекции; у 7 — при резекции головки поджелудочной железы по Фрею, у одного — по Бегеру; у 2-х — при продольной панкреатикоеюностомии; у одного — при дуоденопанкреатикостомии; у одного при стенозе главного протока поджелудочной железы; у 38 при формировании цистогастро- и цистодуоденоанастомозов при псевдокистах поджелудочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ранние специфические осложнения после указанных операций возникли у 9,1 % пациентов, летальность составила 1,2 %. В группе сравнения соответственно: 20,9 % и 9,3 %.

ВЫВОДЫ

Использование никелид-титановых дилатирующих конструкций при создании панкреато- и панкреатикодигестивных анастомозов способствует снижению отека анастомоза и предупреждает развитие послеоперационного панкреатита, что в свою очередь уменьшает риск развития его несостоятельности или рубцового сужения. Используемая техника создания анастомозов на стентах значительно проще принятой, что позволяет рекомендовать ее в практику.

И.В. Шуликовская, Е.А. Чижова, Е.Э. Тюрюмина

ВАРИКОЗНАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ ВЕН ТАЗА У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН (Иркутск)
ГБУЗ Иркутская областная клиническая больница (Иркутск)

Варикозное расширение вен таза, заболевание, частота которого еще не ясна современной медицине, но существование которого неоспоримо. Многие проблемы у женщин связаны именно с этой патологией, но в силу отсутствия полноценной диагностики и необходимых врачебных знаний, имеется неудовлетворенность в достижении лечебного результата данной категории женщин.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости варикозного расширения вен таза у женщин, страдающих варикозной болезнью нижних конечностей.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 32 пациентки с варикозной болезнью нижних конечностей, которые поступили в отделение сосудистой хирургии Иркутской областной клинической больницы на плановое оперативное лечение данной патологии. Все больные имели хроническую венозную недостаточность нижних конечностей II, III степени.

Важным моментом в исследовании считали тщательный сбор анамнеза. Выясняли возникновение хронических болей в нижних отделах живота, возникающих после длительных статических и динамических нагрузок с усилением во вторую фазу менструального цикла и возникновением болевых кризов — периодически возникающих обострений, провоцируемых экзогенными (охлаждение, переутомление, стресс) и эндогенными (обострения заболеваний внутренних органов) причинами. Обращали внимание на чувство дискомфорта и боли во время и после полового акта (диспареуния). Выполняли так же тщательный осмотр ягодичных областей и промежности с целью выявления варикозно-измененных вен.

Однако хотелось бы отметить, что ориентация только на клинические проявления позволяет заподозрить заболевание лишь у 10 %. Поэтому всю диагностику мы строили на результатах ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС). Ультразвуковая диагностика осуществлялась с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. В качестве дифференциально-диагностического критерия между первичным и вторичным варикозом использовали пробу Вальсальвы. При выполнении данной пробы увеличение диаметра вен более чем на 2 мм считали признаком рено-овариального рефлюкса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наше исследование показало, что у 24 пациенток (75 %) наблюдались хронические боли в нижних отделах живота, которые возникали после длительных статических и динамических нагрузок и усиливались во вторую фазу менструального цикла. У 22 человек (69 %) отмечалась диспареуния. И только лишь у 8 пациенток выявлено варикозное расширение поверхностных вен в промежности и ягодичных областях. При выполнении УЗДС выяснилось, что варикозно-расширенные вены таза имеют 18 человек (56 %). Средний диаметр первично варикозно-расширенных овариальных вен составил 7,01 ± 0,5 см.

ВЫВОДЫ

Причины так называемых хронических тазовых болей многочисленны, и одно из ведущих мест среди них занимает варикозное расширение вен малого таза. Это достаточно частая патология, которая нуждается в проведении дальнейших исследований. Ориентируясь только на клинические проявления заболевания можно заподозрить заболевание лишь в небольшом проценте случаев. Поэтому УЗДС выступает в роли незаменимого помощника в постановке диагноза, являясь миниинвазивным и высокоинформативным методом диагностики варикозного расширения вен таза.

В.В. Щапов

ОДНОПОРТОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ – БУДУЩЕЕ ИЛИ ТУПИКОВАЯ ВЕТВЬ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ?

МБУЗ ШР «Шелеховская ЦРБ» (Шелехов)

ВВЕДЕНИЕ

Наверное, ни одна отрасль современной науки не развивается столь стремительно, как хирургия. Последние два десятилетия мы стали свидетелями появления и быстрого прогресса эндоскопической технологии. Параллельно с традиционной эндоскопической хирургией развивается эндоскопия через естественные физиологические отверстия (NOTES-технология), одной из разновидностей которой является однопортовая лапароскопия, имеющая разные названия в англоязычной и отечественной литературе (SILS, ЕЛД – единый лапароскопический доступ).

Представляем наш опыт выполнения операций из единого лапароскопического доступа (ЕЛД) с использованием оригинального набора инструментов по проф. Дапри. Активное развитие данной методики насчитывает немногим более 3 лет, максимальный опыт выполнения подобных операций «в одних руках» по литературным данным составляет несколько десятков операций.

Целью работы явилась оценка возможности выполнения однопортовых операций в абдоминальной эндоскопической хирургии, их эффективности и безопасности, а также преимуществ перед стандартными лапароскопическими вмешательствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С апреля 2010 г. по март 2011 г. выполнено 27 холецистэктомий по методике единого лапароскопического доступа. Трое пациентов – мужчины от 46 до 63 лет (средний возраст – 53,6); остальные (n = 24) – женщины в возрасте от 29 до 61 года (средний возраст – 44,1).

Операции выполняли на эндовидеокомплексе «Olimpus Visera Pro» под эндотрахеальным наркозом. В качестве устройства доступа применяли одноразовый трипорт SILS, «Covidien», США; многоразовый трипорт фирмы «МФС», Казань и квадропорт X-Cone, Karl Storz, Германия.

Хирургическая бригада состояла из 3 человек: оперирующий хирург расположен между ног пациента, ассистент справа от оператора при мониторе, установленном слева от больного; операционная сестра слева от пациента.

Для выполнения операции пользовались 35-сантиметровым лапароскопом 10 мм с 30° оптикой и оригинальной изогнутой формы инструментами из набора профессора Dapri без изгибаемой рабочей

части (диссектор, граспер, крючок, ножницы). Доступ осуществляли в 6 случаях параумбиликально, окаймляя пупок разрезом по верхней его полуокружности (необходимость симультантной коррекции пупочной грыжи); в последующих случаях разрез располагали непосредственно в пупочном кольце, продольно рассекая его на протяжении 2 – 2,5 см, не выходя за его пределы. Далее устанавливали один из вышеназванных устройств доступа и создавали карбоксиперитонеум с внутрибрюшным давлением 12 мм рт. ст.

Захват желчного пузыря за шейку осуществляли изогнутым граспером. Дополнительную фиксацию дна желчного пузыря лигатурой через переднюю брюшную стенку не применяли. В 8 случаях (33 %) в связи с техническими трудностями дополнительно устанавливали от 1 до 2 дополнительных портов (методика SILS +, ++). В 2-х случаях (7,4 %) допущено повреждение стенки органа изогнутым граспером захвата при тракциях за дно пузыря, что потребовало санации подпеченочного пространства.

Элементы треугольника Кале выделяли с помощью изогнутого коагуляционного крючка (в варианте фирмы «МФС» с возможностью ротации рабочей части); а также с использованием диссектора, подключенного к монополярной коагуляции. Пересечение пузырных протока и артерии производили после предварительного клиппирования 5-мм клипсами. Отмечено удобное извлечение из брюшной полости желчного пузыря при использовании квадропорта X-Cone, Karl Storz (удаляется вместе с портом без контакта с брюшной стенкой, нет необходимости дополнительного расширения раны для извлечения органа).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отмечена особая сложность выполнения данных операций, обусловленная отсутствием триангуляции инструментария и в связи с этим удобного, близкого к 90° угла сочленения рабочих частей в зоне интереса; «конфликта» инструментов при расположении их в одной плоскости и на одном уровне по отношению к рукам оператора и ассистента (при одинаковой длине лапароскопа и рабочих инструментов, равных 35 см); отсутствия возможности разнонаправленной тракции желчного пузыря для создания наилучшей экспозиции и визуализации треугольника Кале. Эти факторы существенно увеличивают длительность операции (среднее время SILS-холецистэктомии 76 – 107 минут). Даже простая замена изогнутого инструмента в ходе операции требует особой осторожности, в связи с необходимостью «слепого» проведения в брюшной полости по сложной траектории до зоны хирургического интереса и опасностью повреждения органов живота.

В этой связи, более удобным для диссекции элементов треугольника Калло отметили использование диссектора с монополярной коагуляцией, нежели коагуляционного крючка; так как при случайном повреждении пузырной артерии есть возможность немедленного ее захвата и коагуляции без потери времени и экспозиции, неизбежных при замене инструмента. Полезным было бы иметь в арсенале инструментария 5-мм лапароскоп длиной 50 – 60 см, что разобщало бы при работе рукоятки инструментов в одной плоскости; а также инструментов с изгибаемой рабочей частью. В списке других недостатков операции – необходимость большого потока газа в брюшную полость за счет его утечки при инверсионных движениях инструмента в рабочих портах и частого соскальзывания манжет при «заламывании» инструментов в точке фиксации (порт).

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений. Мы не заметили особых преимуществ методики в плане уменьшения болевого синдрома по сравнению с традиционными лапароскопическими операциями. С целью обезболивания в обоих случаях требовалось от одной до трех инъекций ненаркотических аналгетиков. Длительность пребывания в стационаре также соотносилась в обоих случаях (1 – 2 послеоперационных койко/дня).

Отчетливым преимуществом однопортовой лапароскопии является ее безусловный косметический результат. При продольном доступе в пупочном кольце не остается никаких видимых следов операции.

ВЫВОДЫ

Первый опыт оставляет неоднозначное впечатление. Стоит ли в угоду косметическому результату (который при стандартной лапароскопии сам по себе неплох) и «мифическим» реабилитационным преимуществам идти на сознательное увеличение времени операции; ее техническое усложнение, порой сопряженное с нарушением принципов «безопасности» пациента? Наше мнение заключается в том, что развитие абдоминальной лапароскопии должно идти по пути расширения видов и объема вмешательств. При этом количество установленных через брюшную стенку портов не имеет никакого значения, так как сохраняется ее целостность и, соответственно, минимальная травматизация. Возможно, первое впечатление изменится по мере накопления опыта и применения методики при других заболеваниях органов брюшной полости, а также по мере приобретения инструментария с изгибаемой рабочей частью. Выполнение подобных операций с вышеуказанным набором инструментов небезопасно для пациента.

А.Ю. Щур, Р.А. Белоус, Д.Ф. Болгов, О.Б. Вдовин, С.С. Вавилов, Д.А. Яцишин, О.В. Кряжевских, Е.А. Степаненко, Ю.В. Ельникова, Н.Е. Смирнова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОШИЗИСА

Амурская областная детская клиническая больница (Благовещенск)

Гастрошизис относится к тяжелым порокам развития, который характеризуется дефектом передней брюшной стенки, через который выпадает короткий, несовершивший поворот отдел средней кишки, кровоснабжаемый от верхней брыжеечной артерии.

Цель работы: отразить опыт лечения врожденного порока развития — гастрошизис.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследованы и пролечены в хирургическом отделении Амурской областной детской клинической больницы (АОДКБ) в 2001—2011 гг. 16 детей с гастрошизисом, Мальчиков было 10, девочек — 6. 11 детей поступило непосредственно после родов и оперированы в хирургическом отделении АОДКБ, 5 новорожденных доставлены из различных районов Амурской области. В 15 случаях обнаружена простая форма порока, в 2 случаях имела место осложненная форма порока, сочетающаяся с высокой кишечной непроходимостью, некрозом средней кишки. Диаметр дефекта передней брюшной стенки колебался от 3,0 до 5,0 см. Эвентрированными органами являлись петли тонкого, толстого кишечника, часть печени, желудок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Все дети оперированы в экстренном порядке после предоперационной подготовки. В 8 случаях выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки без признаков висцеро-абдоминальной диспропорции, из них 5 детей оперированы в районных больницах, 3 — в хирургическом отделении АОДКБ. У 6 пациентов была выполнена силопластика импровизированным мешком. Второй этап осуществляли через 9 дней, после полного погружения в брюшную полость эвентрированных органов. В 1 случае отсроченная радикальная пластика выполнена при помощи полипропиленовой сетки, учитывая сохраняющуюся на 9 сутки висцеро-абдоминальную диспропорцию, непозволяющую выполнить пластику местными тканями. Двум детям проведено безнаркозное вправление эвентрированных органов в брюшную полость (процедура Бианки).

Осложнения: у 1 пациента на 21 сутки после силопластики развился некротизирующий энтероколит, перитонит. Выполнена лапаротомия, резекция подвздошной кишки и илеоцекального отдела, илео-, асцендостомия. У одного ребенка имел место некроз средней кишки, операция закончилась лапаротомией с резекцией поперечно-ободочной кишки, наложением энтеро-, колостомы, и у одного пациента — высокая кишечная непроходимость, выполнена лапаротомия, наложение кишечного анастомоза. Летальных исходов — 8. Причинами, чаще всего, явилось прогрессирование полиорганной недостаточности, реализация внутриутробной инфекции в виде двусторонней пневмонии, сепсиса, реже некротизирующий энтероколит, а также внутрижелудочковые кровоизлияния.

ВЫВОДЫ

Силопластика позволяет избежать висцеро-абдоминальной диспропорции, и является основным методом хирургического лечения данного порока. Часто развивающаяся в послеоперационном периоде вторичная инфекция, сепсис, связанные с длительным периодом пребыванием органов вне брюшной полости, продолжительное нахождение пациентов на искусственной вентиляции легких с развитием ИВЛ-ассоциированной пневмонии являются основными причинами летальности.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ДВУХ И ТРЕХЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Цель: определить условия для выполнения двух и трехэтапных операций при раке толстой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 2000 по 2011 г. были 117 пациентов с различной локализацией рака толстой кишки, которым в сроки от 3 до 5 недель по поводу обтурационной кишечной непроходимости

были наложены кишечные стомы. По локализации опухоли и стомы пациенты разделялись следующим образом: опухоль прямой кишки в сочетании с сигмостомой и трансверзостомой, опухоль левой половины ободочной кишки в сочетании с трансверзостомой или илеостомой, опухоль правой половины ободочной кишки в сочетании с цекостомой или илеостомой. Все колостомы и илеостомы были петлевыми, цекостомы — пристеночными. У всех пациентов опухоли были резектабельными и отсутствовали отдаленные метастазы.

Перед нами стояла задача определить сочетать ли радикальную операцию по удалению опухоли с одновременной ликвидацией колостомы.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При раке прямой кишки выполнялась радикальная операция с наложением первичного анастомоза, колостома была оставлена как превентивная и ликвидирована в сроки от 2-х до 4-х месяцев. При раке левой половины ободочной кишки радикальную операцию мы сочетали с ликвидацией трансверзостомы, которая, как правило, входила в объем резекции. При раке правой половины ободочной кишки одновременно выполнялась ликвидация цеко- или илеостомы. После операции не было зарегистрировано ни одного случая несостоятельности анастомозов или летального исхода.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на современные достижения хирургии, нельзя отказывать в правомочности двух- и трехэтапным операциям при раке толстой кишки.

2. Принципом для определения возможности ликвидации колостомы является локализация опухоли. Если колостома входит в необходимый объем радикального оперативного вмешательства, она должна быть ликвидирована.

3. Все виды пристеночных колостом, сохраняя пассаж кишечного содержимого не профилактируют несостоятельности анастомозов и должны быть ликвидированы одновременно с радикальной операцией.

4. После выполнения радикальных резекций прямой и сигмовидной кишок, выведенная ранее трансверзостома должна быть оставлена как превентивная.

А.В. Юданов, Б.В. Кан, Е.А. Яковлев

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Необходимость в экстренном консультировании больных, находящихся на лечении в центральных районных больницах (ЦРБ) возникает в ситуациях, когда условия и возможности конкретного ЛПУ не соответствуют тяжести состояния пациента и требуют привлечения дополнительных сил и средств для оптимального разрешения возникшей ситуации в интересах больного.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представлены результаты работы хирургов отделения экстренной и плановой консультативной помощи Новосибирской областной клинической больницы за период с 2007 по 2011 г. За указанный период экстренная помощь, включая консультации с участием врачей-хирургов, отделениями экстренной и плановой консультативной помощи оказана 1152 пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости, грудной клетки и тяжелой сочетанной травмой (политравма + ЧМТ), в том числе произведено оперативных вмешательств в условиях ЦРБ — 302, транспортировано на этап специализированной помощи в областную клиническую больницу — 408 пациентов.

С 2001 г. на территории области действует утвержденный приказом Минздрава Новосибирской области порядок оказания экстренной и плановой консультативной помощи, перевода и госпитализации эвакуированных больных и пострадавших, в том числе пациентам хирургического профиля. В реализации установленного порядка главную роль играет отделение экстренной и плановой консультативной помощи, в котором сформирована соответствующая материально-техническая база:

— организована работа диспетчерской службы в круглосуточном режиме;

— в распоряжении специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи находится санитарный автотранспорт: 8 автомобилей скорой медицинской помощи, включая 3 реанимобиля, оснащенных портативным оборудованием, соответствующим требованиям к автомобилям класса «С».

В штате отделения работают высококвалифицированные врачи-хирурги, которые осуществляют круглосуточный мониторинг пациентов, находящихся на курации.

Перечень нозологических форм и состояний, при которых больные в ЦРБ в обязательном порядке должны быть взяты на учет для динамического наблюдения и определения дальнейшей тактики ведения, включает в себя основные учетные формы в экстренной хирургии: острый аппендицит, холецистит, панкреатит, ущемленная грыжа, осложненные формы язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, непроходимость кишечника, тяжелая сочетанная травма. Основанием для экстренной консультации является отклонение от типичного течения заболевания или травмы, а также возникновение серьезных осложнений в ходе лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результатом совершенствования организации экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим на территории Новосибирской области с использованием сил и средств отделения экстренной и плановой консультативной помощи стало обеспечение большей доступности и своевременности оказания специализированной медицинской помощи пациентам, находящимся на лечении в центральных районных больницах, и как следствие, снижение показателя послеоперационной и общей летальности в целом по хирургической службе в районах области. Отсутствие случаев досуточной летальности среди экстренных пациентов хирургического профиля, переведенных из ЦРБ в областную клиническую больницу на этап специализированной помощи следует рассматривать как свидетельство эффективности внедренного порядка оказания помощи ургентным больным на территории области.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Оптимизация работы специалистов отделения экстренной и плановой консультативной помощи и дальнейшее совершенствование организации оказания экстренной медицинской помощи пациентам хирургического профиля позволяют улучшить качественные показатели и повысить уровень оказания помощи больным с ургентной патологией.

А.В. Юданов, И.А. Ганичева, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков, В.М. Лунев

ОСЛОЖНЕННЫЙ КОЛОРЕКТАЛЬНЫЙ РАК. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)

Цель: определить принципы и объем медицинской помощи при осложненном колоректальном раке на этапах хирургического лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в течение 2006 – 2011 гг. на лечении с обтурационной толстокишечной непроходимостью находилось 412 человек.

Целью оперативного вмешательства являлась ликвидация кишечной непроходимости. В общехирургическом стационаре перед хирургом стояла задача устранения непроходимости минимально травматичным для больного способом (колостома, обходной анастомоз). В специализированном стационаре, способом устранения непроходимости в большинстве случаев была радикальная операция, которая выполнялась в соответствии с общепринятыми онкологическими принципами.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Перевод с первого этапа на лечение в специализированный центр осуществлялся в сроки 3 – 5 недель. Считаем важным выполнение ряда технических и тактических рекомендаций по преемственности в оказании хирургической помощи, принятых на территории области, а так же современное техническое оснащение, позволяющее значительно сократить продолжительность и травматичность операции и, как следствие, уменьшить время послеоперационной реабилитации.

ВЫВОДЫ

1. Остается актуальной проблема оказания своевременной и адекватной помощи больным с обтурационной толстокишечной непроходимостью.
2. Объем оперативного вмешательства может проводиться в один, два или три этапа в зависимости от локализации опухоли, тяжести состояния больного и уровня квалификации лечебного учреждения.
3. Первичное наложение анастомозов опасно несостоятельностью. Пристеночные стомы и Y-образные анастомозы не профилактируют несостоятельности, их применение должно быть ограничено.

4. Цель операции в общехирургическом стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости минимально травматичным для больного способом, а именно выведение разгрузочной коло(илео)стомы, с адекватной оценкой стадии онкологического процесса.

5. Цель операции в специализированном стационаре при обтурационной кишечной непроходимости — устранение непроходимости с выполнением радикальной операции, что ускоряет социальную реабилитацию больных.

6. При резекции сегмента толстой кишки по поводу острой кишечной непроходимости рекомендуем создать условия, минимизирующие травматичность последующей восстановительной операции, которая должна быть выполнена в специализированном центре.

7. Использование современного технического оснащения, такого как сшивающее-режущие аппараты, аппарат биполярной коагуляции Liga Sure, ультразвуковой скальпель, позволяет значительно сократить время и травматичность как экстренной, так и реконструктивно-восстановительной операции.

А.В. Юданов, И.А. Поршенников, Е.В. Григоров, Е.М. Зяблицкая, А.Ю. Быков

РАЗВИТИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

ВВЕДЕНИЕ

Трансплантация органов как метод медицинской помощи крайне актуальна в РФ. Трансплантации сердца, печени являются жизнеспасающими операциями и не имеют альтернативы. Трансплантация почки значительно улучшает качество жизни пациентов, в сравнении с другими методами лечения хронической почечной недостаточности (гемодиализ, перитонеальный диализ) имеет финансовые преимущества для территориального бюджета. Трансплантация роговицы глаза не имеет альтернативы и в ряде случаев является единственным способом восстановления зрения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Новосибирской области в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (ГНОКБ) аллотрансплантация почки осуществляется с 1988 г., к настоящему времени выполнено в общей сложности более 400 операций, в том числе от родственных доноров.

С 2008 г. в ГНОКБ проведена подготовительная работа для организации и осуществления ортотопической трансплантации печени: сформирован лист ожидания, осуществляется стационарная помощь данным пациентам по поводу осложнений печеночной недостаточности. Первая ортотопическая трансплантация печени выполнена в августе 2010 г., к настоящему времени выполнено уже 11 таких операций. 1 пациент умер в раннем послеоперационном периоде от сердечно-сосудистых осложнений, остальные продолжают лечение в амбулаторном режиме.

Трансплантации сердца выполняются в ФГУ «ННИИПК им. академика Е.Н. Мешалкина» МЗСР РФ. Несмотря на большое количество пациентов, нуждающихся в трансплантации роговицы (более 400), до настоящего времени пока нет утвержденного МЗСР РФ порядка, регламентирующего процесс заготовки роговицы глаза у умершего донора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате проведенной на территории области в 2008 — 2011 гг. организационной работы достигнуты следующие результаты.

Организован механизм отбора реципиентов на медицинскую помощь методом трансплантации органов (регистры нуждающихся в аллотрансплантации почки и/или ортотопической трансплантации печени, роговицы). Территориальный лист ожидания на аллотрансплантацию почки и / или ортотопическую трансплантацию печени в настоящее время включает в себя более 70 пациентов и продолжает увеличиваться.

Организован механизм выявления потенциальных доноров: Областной центр трансплантационной координации на базе ГНОКБ, 6 учреждений здравоохранения — донорских баз в городе и области.

Функционирует система наблюдения пациентов с трансплантированными органами специалистами нефрологами, гастроэнтерологами. В настоящее время на территории области проживают и получают лечение 206 пациентов с трансплантатами различных органов: 181 — после аллотрансплантации почки, 20 — после ортотопической трансплантации печени, 5 — с трансплантатом сердца.

ВЫВОДЫ

Для организации эффективной работы методом трансплантации органов на территории необходимы согласования следующих ресурсов:

1. Наличие учреждений — донорских баз, подготовленных специалистов-реаниматологов (трансплантационных координаторов), возможность донорских баз выявить достаточное количество потенциальных доноров органов.

2. Возможность нефрологической, гастроэнтерологической, других служб территории выявить и подготовить достаточное количество нуждающихся в трансплантации органов пациентов по профилю.

3. Возможность учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов, выполнить достаточное количество операций (наличие соответствующего оборудования, кадров, средств федерального либо территориального бюджетов, либо иного финансового обеспечения).

4. Возможность системы здравоохранения территории обеспечить в итоге пациентов после трансплантации органов наблюдением и лечением.

Е.Г. Юшина, И.В. Феофилов, А.Ю. Быков, Е.В. Григоров

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)

Цель: выявление преимуществ профилактики несостоятельности и стриктур уретероцистоанастомоза трансплантированной почки и эндоскопических методов коррекции урологических осложнений после пересадки почки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2003 по 2011 гг. выполнено 398 трансплантаций почки. У 22 пациентов развились урологические осложнения, что составляет 5,3 %. В структуре осложнений: несостоятельность мочеточника — 4 случая (18,2 %), стриктура мочеточника на различных уровнях — 10 (45,5 %), пузырно-мочеточниковый рефлюкс у 2 пациентов (9,1 %), нефролитиаз — 4 пациента (18,2 %). С целью профилактики несостоятельности уретероцистоанастомоза с 2005 г. во время операции всем пациентам устанавливается мочеточниковый стент-катетер (Ch 6,25) на 7—14 дней. Данная методика позволила снизить частоту данного осложнения с 21,7 % в 2003 до 3,1 % в 2010 и 2,9 % в 2011 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При лечении урологических осложнений 2 пациентам в раннем послеоперационном периоде выполнена открытая реконструкция мочевыводящих путей по поводу несостоятельности нижней трети мочеточника трансплантата. Остальным пациентам выполнялась эндоскопическая коррекция осложнений. Всем пациентам первым этапом выполнялась перкутанная нефростомия. При обструктивных состояниях осуществлялось антеградное или ретроградное бужирование мочеточника трансплантата, с установкой внутреннего мочеточникового стент-катетера Ch 6,25 на срок 2—6 месяца, в 3-х случаях использовался «противоопухолевый» мочеточниковый стент на 4—8 месяцев. В одном случае устанавливался постоянный стент из никелида титана, при этом через 1,5 месяца отмечен рецидив стриктуры мочеточника вследствие прорастания стента соединительной тканью. При этом лишь в двух случаях не удалось ликвидировать стриктуру мочеточника, выходом из данной ситуации явилась постоянная нефростомия. Осложнения энодоскопических операций зафиксированы в двух случаях: кратковременная макрогематурия, купирована консервативно. При пузырно-мочеточниковом рефлюксе выполнялась антирефлюксная коллагенопластика устья мочеточника. За 9 лет наблюдалось 4 пациента с конкрементами в трансплантате (1 %). У всех пациентов нефролитиаз сопровождался нарушением оттока мочи. В 3 случаях выполнена дистанционная литотрипсия, в 1 случае выполнена перкутанная нефролитолапаксия. При контрольных обследованиях конкрементов не выявлено.

ВЫВОДЫ

Использование малоинвазивных методик (антеградное бужирование, антирефлюксные операции, стентирование мочеточника, перкутанная нефростомия, дистанционная литотрипсия, перкутанная нефролитолапаксия) уменьшает риск послеоперационных осложнений, сокращает показания для открытых оперативных вмешательств, уменьшает продолжительность стационарного лечения.

Ю.В. Якименко, А.В. Квасов, Н.А. Шефер, Е.Б. Топольницкий

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИИ БРОНХОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПИОПНЕВМОТОРАКСОМ

ОГБУЗ Томская областная клиническая больница (Томск)

Результаты лечения больных гнойно-деструктивными заболеваниями легких, осложненных пиопневмотораксом, остаются неудовлетворительными, сопровождаются высокой летальностью и инвалидностью. Основополагающим способом местного лечения эмпием плевры остается закрытое дренирование плевральной полости. Однако эффективность его снижается при наличии бронхоплеврального свища, что приводит к формированию остаточной полости из-за замедленного расправления легкого. Временная окклюзия бронхов специальным обтуратором позволяет разобщить бронхоплевральный свищ, что создает условия для эффективного санирования эмпиемы плевры и ускорения выздоровления (Иванов С.В. и соавт., 2000; Бисенков Л.Н., 2004).

Проанализирован собственный опыт комплексного лечения больных бактериальными деструкциями легких с пиопневмотораксом, в лечебный алгоритм которых включена эндоскопическая временная окклюзия бронхов, дана оценка эффективности, определены показания и сроки его применения. К настоящему времени в ОКБ г. Томска выполнено 56 эндоскопических временных окклюзий бронхов при данной патологии. Первоначально дренировали плевральную полость и определяли свищнесущий сегментарный или долевой бронх, затем осуществляли окклюзию бронха. Для этого под общей анестезией в условиях искусственной вентиляции легких при помощи жесткого бронхоскопа устанавливали поролоновый обтуратор, в размерах в 2 — 3 раза превышающий диаметр бронха, подлежащего окклюзии. При успешной окклюзии поступление воздуха по дренажу прекращалось сразу или в первые сутки.

Временная окклюзия бронха у 74 % больных позволила либо полностью ликвидировать пиопневмоторакс, либо значительно уменьшить объем остаточной полости. Последующее лечение остаточных полостей малых размеров проводилось щадящими «малыми» торакальными вмешательствами, с помощью которых удавалось добиться полного выздоровления данной категории больных. Летальных исходов не было. Окклюзия бронхиального дерева способствовала ликвидации остаточной полости и рассматривалась нами как промежуточный этап лечения. Она эффективна только при локализации бронхоплеврального свища в одной доле и сохранении воздушности соседних отделов легкого. По нашим данным, показаниями для временной окклюзии бронха являлись санированная остаточная полость, односторонность поражения легких, регресс деструктивных изменений в легочной ткани. Оптимальный срок окклюзии составляет 2 — 3 недели. Реаэрация ателектазированного участка легкого наступает на 2 — 4 сутки после удаления окклюдера.

Таким образом, временная окклюзия бронха у больных острым пиопневмотораксом при ограниченном гнойно-деструктивном процессе в легком повышает эффективность и качество их лечения, снижает летальность при данной патологии.

А.В. Якимчук, Н.П. Степанов, Л.А. Ефтеев

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГБУ РС(Я) Центральная районная больница (Нерюнгри)

Цель исследования: расширение возможности использования сосудистых порто-кавальных анастомозов в лечении кровотечений из ВРВП в условиях ЦРБ.

Приводим клинический случай успешного лечения рецидивного кровотечения из ВРВП: Пациентка З. поступила в хирургическое отделение с диагнозом: первичный билиарный цирроз печени, Класс А по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода IV ст. Рецидивное кровотечение из ВРВП. Анемия смешанного генеза легкой степени.

Пациентка поступила с жалобами на периодические боли в эпигастрии, приступы обильной рвоты кровью — за год 7 эпизодов, слабость, сонливость, быстрая утомляемость.

Выполнено обследование в объеме: УЗИ ОБП, СКТ ОБП, ФЭГДС. Осмотр невропатолога (признаки энцефалопатии 0 — I ст.)

С целью предотвращения рецидива кровотечения проведено эндоскопическое лигирование ВРВП (силиконовыми кольцами фирмы «Cook»).

По стабилизации состояния проведена операция в объеме наложения дистального сплено-ренального анастомоза по Уоррену.

Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление послеоперационного рубца первичным натяжением.

По данным ФЭГДС: регресс степени ВРВП. СКТ на 14 сутки – сосудистый анастомоз функционирует.

Гистологическое исследование биоптата печени – билиарный цирроз печени.

Пациентка выписана из отделения в удовлетворительном состоянии. Больной рекомендовано решение вопроса по выдаче квоты на трансплантацию печени.

Выводы: проведенный объем лечебно-диагностических мероприятий в условиях ЛПУ типа ЦРБ на наш взгляд доступный, тактически оправданный при циррозах печении класса А по Чайлд-Пью при отсутствии выраженной энцефалопатии, а также метод выбора при внепеченочной портальной гипертензии.

А.А. Яшнов, Ю.С. Ханина

О РОЛИ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Чита)

Инфицирование *Helicobacter pylori* (HP) обычно происходит в детстве и при отсутствии лечения персистирует в организме неопределенно долго. Впервые о HP заговорили немецкие ученые, которые в 1875 г. обнаружили спиралевидную бактерию в слизистой оболочке желудка человека. В последние годы ведутся многочисленные исследования по поиску дополнительных органов мишеней к HP.

Целью исследования явилось возможность оценить роль HP при желчнокаменной болезни.

Задачи исследования: 1. Определить наличие *Helicobacter pylori* в слизистой и серозной оболочках желчного пузыря при желчнокаменной болезни. 2. Интраоперационно исследовать брюшину, поверхность печени на наличие HP. 3. Установить сроки сохранения реакции на уреазу в интраоперационном материале у *Helicobacter pylori*-положительных пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническую группу составили 57 пациентов (n = 57) в возрасте от 40 до 57 лет, страдающие желчнокаменной болезнью. Всем пациентам проведена плановая лапароскопическая холецистэктомия. Исследование на наличие HP проводилось гистологическим, цитологическим методами, методом культивирования на специальных питательных средах, а также уреазным тестом с помощью тест-системы ХЕЛПИЛ (г. Санкт-Петербург). При исследовании слизистой желудка гистологическим методом HP выявлена у 33 пациентов (58 %), а у 24 (42 %) не обнаружена.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании слизистой желудка цитологическим методом «+» реакция на HP установлена у 9 пациентов (16%), «–» – у 48 (84 %). Выделить чистую культуру нам не удалось в виду трудности доставки материала. При исследовании интраоперационного материала (слизистой желчного пузыря) тестом ХЕЛПИЛ установлено, что у 33 пациентов (58 %) наблюдается «+» реакция на HP, у 14 (25 %) – слабоположительная, у 10 (17 %) – «–». Необходимо отметить, что все «–» реакции на HP при исследовании желчного пузыря были связаны с наличием холестероза слизистой желчного пузыря. Дополнительно нами было проведено исследование серозной оболочки желчного пузыря. Установлено, что резко «+» реакция на наличие HP наблюдается у 57 пациентов (100 %). При исследовании брюшины на наличие HP установлено, что у 40 пациентов (70 %) наблюдалась «+» реакция, у 17 пациентов (30 %) – слабоположительная. У 2 (4 %) пациентов имелся серозный выпот. В результате исследования выпота установлена резко положительная реакция в обоих случаях (100 %). При исследовании мазков с нижней поверхности печени в области левой доли отмечено, что у 40 пациентов (70 %) наблюдалась «+» реакция, у 17 пациентов (30 %) – слабоположительная. Исследование интраоперационного материала на время сохранения реакции на уреазу проводилось при двух условиях: при комнатной температуре (24 °С) и при t = 5 °С. Реакцию на уреазу проверяли через каждые 2 часа. Установлено, что на слизистой желчного пузыря реакция на уреазу сохраняется при t = 24 °С до 9 часов, а при t = 5 °С до 5 часов. Реакция на уреазу на серозной оболочке сохраняется t = 5 °С до 3 суток, при t = 24 °С до 2-х суток.

ВЫВОДЫ

1. При развитии желчнокаменной болезни имеет место обсеменение желчного пузыря HP.
2. У больных с холелитиазом имеет место наличие на брюшине, нижней поверхности печени HP. При наличии выпота в брюшной полости отмечается резко положительная реакция на уреазу.
3. Сохранение положительной реакции на уреазу на слизистой оболочке желчного пузыря составляет до 9 ч, на серозной оболочке – до 3-х суток.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ В «БЮЛЛЕТЕНЬ ВСНЦ СО РАМН»

Настоящие Правила разработаны на основании требований Гражданского кодекса РФ, Закона РФ «Об авторском праве и смежных правах» от 09.07.1993 г. № 5351-1 с изменениями от 19 июля 1995 г. и 20 июля 2004 г., Закона РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.1991 г. № 2124-I с последующими изменениями, и регулируют взаимоотношения между издательством в лице редакционной коллегии «Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН», в дальнейшем именуемой «Редколлегия», и автором, передавшим свою статью для публикации в журнал, в дальнейшем именуемым «Автор». Правила утверждены решением Президиума ВСНЦ СО РАМН № 6 от 29 ноября 2011 г.

Редколлегия «Бюллетеня ВСНЦ СО РАМН» просит внимательно ознакомиться с нижеследующими инструкциями по подготовке рукописей для публикации.

«Бюллетень ВСНЦ СО РАМН» публикует статьи по проблемам медико-биологической науки и практического здравоохранения, а также по смежным проблемам.

В журнале публикуются обзоры, оригинальные статьи, сообщения из практики, лекции, информационные сообщения. Все представленные материалы рецензируются и обсуждаются редакционной коллегией.

Рукопись статьи должна быть представлена в 2-х экземплярах, напечатана на одной стороне стандартного листа (шрифт Times New Roman 12 пт, межстрочный интервал «полуторный»). Размеры полей: левое — 30 мм, правое — 10 мм, верхнее и нижнее — каждое не менее 20 мм. В электронном виде статья представляется на CD или направляется прикрепленным файлом по электронной почте на адрес: scrrs.irk@gmail.ru в форматах doc, docx или rtf.

Образец оформления рукописи статьи см. на сайтах http://www.vsnc.ru/bulleten_pravila.htm; http://www.scrrs.ru/byulleten_vsnts_so_ramn.

Таблиц должно быть не более 3—4-х. При построении таблиц необходимо все пункты представлять отдельными строками. Буквы греческого алфавита в печатном варианте статьи должны быть подчёркнуты красным.

Иллюстрации выполняют в графических редакторах в виде чёрно-белых чётких файлов формата *.tif, *.jpg с разрешением не менее 300 × 300 dpi. Если необходима печать в цветном формате, это указывается в ходатайстве.

Рисунки следует выполнять компактно в целях экономии места. Наиболее удобны для типографского воспроизведения рисунки шириной в одну колонку (до 8 см), две колонки (до 16,5 см) или во весь лист (16,5 × 22 см). Рисунки необходимо представлять в отдельных файлах.

Графики и диаграммы следует представлять отдельными файлами в программах, в которых они были построены (Excel, Statistica, StatGraph и т.д.).

К статье должно быть приложено официальное направление учреждения, в котором проведена работа. На первой странице статьи должна быть подпись руководителя учреждения, заверенная круглой печатью учреждения. На последней странице статьи должны быть подписи всех авторов. К статье прилагаются сведения об авторе, ответственном за контакты с редакцией (фамилия, имя, отчество, полный почтовый адрес, контактные телефоны, адрес электронной почты). При необходимости прилагается почтовый конверт с маркой.

Первая страница включает: УДК, инициалы и фамилии авторов, название статьи, полное название учреждения, а также резюме.

Резюме должно кратко отражать цель, методы, результаты исследования. Объем резюме не более 12 строк. Резюме завершают «ключевые слова» (от 3 до 10), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Далее следует перевод на английский язык предыдущей информации.

Обычно объём оригинальных статей — 8 страниц, научного обзора литературы — 12—15 страниц, кратких сообщений — 1,5 страницы.

Структура оригинальной статьи включает: введение — в нем формулируются цель и необходимость проведения исследования, кратко освещается состояние вопроса со ссылками на наиболее значимые публикации; материалы и методы — приводятся количественные и качественные характеристики обследованных (объектов исследования), а также упоминаются все методы исследований, применявшиеся в работе, включая методы статистической обработки данных. Результаты следует представлять в логической последовательности в тексте, таблицах и на рисунках. В обсуждении выделяются новые и важные аспекты результатов исследования, могут быть включены обоснованные рекомендации и краткое заключение.

Все аббревиатуры расшифровываются при первом упоминании в тексте.

Библиография. Список литературы составляется в алфавитном порядке (сначала работы отечественных авторов, затем — иностранных), печатается на отдельном листе. В тексте статьи библиографические ссылки обозначаются арабскими цифрами в квадратных скобках, в соответствии с нумерацией в списке литературы, При упоминании отдельных фамилий авторов в тексте им должны предшествовать инициалы

(фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции). Рекомендуется в оригинальных статьях цитировать не более 15, а в обзорах — 50 источников. Пример составления списка литературы приводится ниже.

Статья должна быть написана грамотно, текст, таблицы и другие материалы тщательно выверены. Рукописи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, к рассмотрению не принимаются и возвращаются авторам на доработку. Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Правила рецензирования рукописей. Все поступившие работы рецензируются специалистами в области, соответствующей профилю поступившей статьи. При необходимости осуществляется научное рецензирование с участием нескольких специалистов. По результатам рецензирования авторам направляются отзывы рецензентов и просьба внести в работы исправления. После исправления работы рецензируются повторно, при несогласии автора с мнением рецензента — направляются на рецензию независимому специалисту. Результаты рецензирования обсуждаются на заседаниях редакционной коллегии, где принимается окончательное решение о публикации работы. Рецензии в обязательном порядке предоставляются авторам рукописей и по запросам экспертных советов в ВАК.

Авторские права и ответственность. Редколлегия не несет ответственность за достоверность информации, приводимой авторами. Автор, направляя рукопись в Редколлегию, поручает Редколлегии обнародовать произведение посредством его опубликования в печати.

Редколлегия при использовании рукописи вправе снабжать ее любым иллюстрированным материалом, рекламой и разрешать это делать третьим лицам. Автор, направляя рукопись в Редколлегию, соглашается с тем, что Редколлегии переходят исключительные имущественные права на использование рукописи (переданного в редакцию журнала материала, в т.ч. такие охраняемые объекты авторского права как фотографии автора, рисунки, схемы, таблицы и т.п.), в том числе на воспроизведение в печати и в сети Интернет; на распространение; на перевод рукописи (материалов) на любые языки народов мира; экспорта и импорта экземпляров журнала со статьей Автора в целях распространения, на переработку, на доведение до всеобщего сведения. Указанные выше права Автор передает Редколлегии без ограничения срока их действия и на территории всех стран мира без ограничения, в т.ч. на территории Российской Федерации.

Редколлегия вправе переуступить полученные от Автора права третьим лицам и вправе запрещать третьим лицам любое использование опубликованных в журнале материалов. Автор гарантирует наличие у него исключительных прав на использование переданного Редколлегии материала. В случае нарушения данной гарантии и предъявления в связи с этим претензий к Редколлегии Автор самостоятельно и за свой счет обязуется урегулировать все претензии.

Редколлегия не несет ответственности перед третьими лицами за нарушение данных Автором гарантий. За Автором сохраняется право использования его опубликованного материала, его фрагментов и частей в личных, в том числе научных, преподавательских, целях. Права на рукопись считаются переданными Автором Редколлегии с момента подписания в печать номера журнала, в котором она публикуется. Перепечатка материалов, опубликованных в журнале, другими физическими и юридическими лицами возможна только с письменного согласия Редколлегии, с обязательным указанием номера журнала (года издания), в котором был опубликован материал.

Правила публикации. Публикация статьи платная и составляет в 2012 году 1300 рублей (до 8 страниц включительно), свыше — производится доплата 150 рублей за каждую страницу. Бесплатная публикация статьи предоставляется аспирантам, если аспирант является единственным автором научной статьи.

В обязательном порядке при направлении статьи в редакцию журнала просим Вас подписывать у каждого автора договор на передачу исключительных прав на произведение в соответствии с Частью 4 Гражданского кодекса РФ. Без подписания этого документа статьи не рассматриваются и к публикации не принимаются.

Договор автора с издательством (заполняется и подписывается всеми авторами и отправляется письмом, даты в договоре и акте указываются с интервалом в 10 дней).

Формат 60×84/8. Бумага офсетная. Сдано в набор 17.04.2012. Подписано в печать 21.05.2012.
Печ. л. 15,5. Усл. печ. л. 14,4. Уч. изд. л. 14,0. Зак. 057-12. Тир. 500.

РИО НЦРВХ СО РАМН
(664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. 29-03-37. E-mail: arleon58@gmail.com)