

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

Сборник статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 50-летию
1-й кафедры хирургических болезней

30 ноября 2012 года

Гродно
ГрГМУ
2012

УДК 616-089:005.745(06)

ББК 54.5я431

А 43

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ» (протокол № 17 от 05.11.2012).

Редакционная коллегия: зав. 1-й кафедрой хирургических болезней, д-р мед. наук, проф. Н.И. Батвинков (отв. редактор);
доц. 1-й кафедры хирургических болезней, канд. мед. наук М.А. Можейко;
доц. 1-й кафедры хирургических болезней, канд. мед. наук В.П. Василевский;
асс. 1-й кафедры хирургических болезней, канд. мед. наук Э.В. Могилевец.

Рецензенты: зав. 1-й кафедрой хирургических болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», д-р мед. наук, проф. Г.Г. Кондратенко;
проф. кафедры общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет», канд. мед. наук Г.Г. Мармыш.

А 43 **Актуальные проблемы хирургии** : сборник статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию 1-й кафедры хирургических болезней, 30 ноября 2012 года / отв. ред. Н.И. Батвинков. – Гродно : ГрГМУ, 2012. – 276 с.
ISBN 978-985-558-113-1

В сборнике статей представлены публикации специалистов Беларуси, ближнего и дальнего зарубежья по наиболее актуальным вопросам абдоминальной, торакальной и сосудистой хирургии. Информация будет полезна широкому кругу хирургов и врачей смежных специальностей.

УДК 616-089:005.745(06)
ББК 54.5я431

ISBN 978-985-558-113-1

© УО «ГрГМУ», 2012

ПРЕДИСЛОВИЕ

Кафедра госпитальной хирургии Гродненского государственного медицинского института организована в 1962 г. Базой для нее являлось хирургическое отделение областной больницы, располагавшейся в бывшем Бернардинском мужском монастыре. Здесь оказывались общехирургическая, травматологическая, нейрохирургическая, онкологическая и урологическая медицинская помощь. Занятия со студентами 5-го курса начались первого сентября 1962 года. Первым заведующим кафедрой госпитальной хирургии был избран сотрудник Ярославского медицинского института кандидат медицинских наук Никитин Валентин Михайлович, который возглавлял кафедру до 1967 г. Первыми преподавателями являлись доцент Н.С. Ефимишин, ассистенты Б.И. Мацкевич, Л.В. Макшанова, В.И. Савицкий, В.С. Варшаменя, Н.И. Жандаров. В 1965 г. кафедра перешла в новое здание областной больницы, значительно расширился коечный фонд хирургического отделения. При кафедре открылись специализированные курсы травматологии и военно-полевой хирургии (доцент Ильин В.А., доцент Астанин В.Ф., доцент Чуянов А.Ф.), онкологии (профессор Пантюшенко Т.А., профессор Бурнейко Н.И., профессор Жандаров Н.И.), урологии (доцент Нечипоренко А.З., доцент Мохарт Е.А.), детской хирургии (доцент Мацкевич Б.И.), анестезиологии и реанимации (доцент Спас В.В.). В последующем они были выделены в самостоятельные курсы и кафедры.

С 1970 по 1972 г. заведующим кафедрой госпитальной хирургии был профессор Гудимов Борис Сергеевич, который до этого последовательно занимал должности заведующего кафедрами госпитальной хирургии Актюбинского, Читинского, Саратовского медицинских институтов. В связи с его переходом на работу в г. Минск заведующим кафедрой госпитальной хирургии в 1973 году был избран профессор Граков Борис Степанович, который до этого заведовал кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета Красноярского медицинского института. С его приходом активизировалась хирургическая деятельность в клинике, стали выполняться онкологические торакальные операции, дальнейшее развитие получили оперативные вмешательства

на органах желудочно-кишечного тракта. Он много внимания уделял учебно-воспитательной работе, был прекрасным лектором. В 1979 году он был назначен ректором Красноярского медицинского института. С 1979 по 2006 год кафедру возглавлял Батвинков Николай Иванович, который после окончания Минского медицинского института (1960 г.) работал главврачом Селивановской участковой больницы, главврачом Гродненского района, заведующим хирургическим отделением Кореличской ЦРБ, а с 1968 года ассистентом, а затем профессором кафедры факультетской хирургии Гродненского медицинского института. В эти годы сотрудниками кафедры были защищены 2 докторские и 8 кандидатских диссертаций по актуальным проблемам гастроэнтерологии, гепатопанкреатобилиарной патологии, торакальной и сосудистой хирургии, что стало возможным благодаря открытию специализированных отделений в новом здании клиники. С 2006 по 2011 г. кафедру возглавлял профессор Жандаров Константин Николаевич. Выпускник Гродненского медицинского института. В разные годы он являлся ассистентом кафедры факультетской хирургии, ассистентом, а потом профессором кафедры хирургических болезней № 1 Гродненского медицинского института. Научная работа связана с изучением панкреатобилиарной патологии, внедрением в клинику малоинвазивных вмешательств. Под его руководством защищены 2 кандидатские диссертации.

Сотрудники кафедры вносят значительный вклад в практическое здравоохранение, осуществляя оперативные вмешательства, проводя клинические обходы, консультации, консилиумы, осуществляя плановые и экстренные выезды в районы области.

Поздравляю сотрудников клиники с 50-летием 1-й кафедры хирургических болезней, желаю всем крепкого здоровья, благополучия, успехов в труде на благо нашей Родины.

Заведующий 1-й кафедрой
хирургических болезней,
профессор

Н.И. Батвинков

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИТА У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Алексеев С.А., Кошевский П.П., Бовтюк Н.Я.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г.Минск, Республика Беларусь

Гнойный холангит развивается у 11–60% пациентов с механической желтухой и сопровождается летальностью от 4,7 до 28,5% [1, 2]. В диагностике холангита используются клинические симптомы, лабораторные показатели, данные лучевой, эндоскопической и интраоперационной диагностики (гной или мутная желчь с хлопьями фибрина в желчных протоках) [2]. Диагностические критерии холангита – это триада Шарко, пентада Рейнолдса, критерии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и критерии диагностики холангита Токийского руководства по диагностике и лечению острого холецистита и холангита от 2007 года (TG07) [3, 4].

С 2001 по 2011 год в клинике кафедры общей хирургии БГМУ было прооперировано 211 пациентов с механической желтухой и холангитом. Возраст пациентов составил от 24 до 87 лет с медианой 69 лет. У 69,9% пациентов возраст был 60 лет и старше. Мужчины составили 34% от общего числа пациентов, женщины – 67%. Причиной механической желтухи в 115 (54,5%) случаях был холедохолитиаз, в 33 (15,6%) случаях – сочетание холедохолитиаза и стриктур желчных протоков, в 16 (7,6%) случаях – стриктуры терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС), в 27 (12,8%) случаях – хронический панкреатит со сдавлением терминального отдела холедоха. В остальных 20 (9,5%) случаях выявлены редкие причины механической желтухи: склерозирующий холангит, синдром Мириззи, острый холецистит со сдавлением холедоха инфильтратом или абсцессом, перихоледохеальный лимфаденит, аденома БДС, ятрогенные повреждения желчных протоков. У 35 (16,6%) пациентов был диагностирован острый холангит. Из этих 35 пациентов по классификации TG07 холангит легкой степени тяжести был диагностирован у 19 (54%), холангит средней степени тяжести – у 12 (34%), тяжелый острый

холангит – у 4 (12%).

Из 211 пациентов 19 (9%) произведена эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), 4 (1,9%) – чрескожная чреспеченочная холангиостомия под УЗ-контролем (ЧЧХС), 188 (89,1%) – оперативное лечение лапаротомным доступом под общей анестезией. Из 188 пациентов, оперированных лапаротомным доступом: чаще всего производилось наложение холедоходуоденоанастомоза (46,8%) и наружное дренирование общего желчного протока по Керу, Пиковскому или Вишневскому (30,2%), также выполнялась трансдуоденальная папилосфинктеропластика (13,3%), двойное внутреннее дренирование холедоха (4,3%), реже наложение холедохоэнтероанастомоза (2,1%) и холецистогастроанастомоза (2,7%). Пациентам с тяжелым острым холангитом выполнялись: ЧЧХС – 2 (50%), ЭПСТ – 1 (25%), холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха – 1 (25%). Пациентам с холангитом средней степени тяжести выполнялись: ЧЧХС – 1 (8,3%), ЭПСТ – 2 (16,7%), холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха или наложением ХДА – 9 (75%). После чрескожной чреспеченочной холангиостомии было 1 осложнение – кровотечение по дренажу, частота осложнений составила 25%. После эндоскопических вмешательств отмечено 2 осложнения (панкреатит и кровотечение) – частота осложнений составила 10,5%. После лапаротомных операций осложнения развились у 33 пациентов, что составило 17,5%. Умерли 13 пациентов, летальность составила 6,1%. Причиной летального исхода у 7 пациентов был гнойный холангит с нарастающей интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Из 12 пациентов с холангитом средней степени тяжести умерли 4 (летальность – 33,3%), из 4 пациентов с тяжелым холангитом умерли 3 (летальность – 75%).

Заключение

1. Развитие острого гнойного холангита у пациентов с механической желтухой ведет к росту частоты осложнений и летальности.
2. Применение эндоскопического транспапиллярного и чрескожного чреспеченочного доступов при дренировании желчных путей улучшает результаты лечения пациентов с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом.

Литературные ссылки

1. Оценка изменений слизистой оболочки желчных протоков и состава желчи при остром холангите / А.П. Седов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 22–27.

2. Рыбачков, В.В. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков, Е.Н. Кабанов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 28–32.

3. Столин, А.В. Значение признаков системного воспалительного ответа в диагностике и лечении гнойного холангита / А.В. Столин, Е.В. Нишневич, М.И. Прудков // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. № 2. – С. 16–21.

4. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo Guidelines / K. Wada et al. // Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007. – Vol. 14. № 1. – P. 52–58.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ТРАДИЦИОННОЙ АППЕНДЭКТОМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Амельченя О.А., Рычагов Г.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. На сегодняшний день лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ) является хорошей альтернативой традиционной операции (ТАЭ). Однако продолжается дискуссия о целесообразности применения лапароскопии во время беременности.

Цель исследования. Сравнить результаты ЛАЭ и ТАЭ у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 64 ТАЭ и 27 ЛАЭ у беременных, госпитализированных в 3 ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска. В таблице представлен выбор способа аппендэктомии в зависимости от триместра беременности.

Вид операции	Триместр беременности			Итого
	I	II	III	
ТАЭ	17	39	8	64
ЛАЭ	10	17	не было	27

Преобладание ТАЭ связано с относительно недавним внедрением ЛАЭ у беременных в нашей клинике и отсутствием навыка этой операции у ряда хирургов.

Результаты. У всех прооперированных беременных червеобразный отросток имел типичное расположение. Существует мнение, что по мере увеличения срока беременности происходит смещение купола слепой кишки и червеобразного отростка [1, 2, 3]. Однако имеются публикации, в которых авторы утверждают, что зависимости между сроком беременности и расположением червеобразного отростка нет. Атипичное расположение встречается с той же частотой, что и у небеременных женщин [4, 5].

Необходимо отметить, что существуют трудности в интерпретации эндоскопической картины острого аппендицита. Это связано с проблемой визуализации червеобразного отростка при вариантах его расположения, а также сложностью оценки его макроскопических изменений, а именно, вторичных, что наиболее часто наблюдается во время беременности. При сопоставлении макроскопической лапароскопической картины формы острого аппендицита у пациентов, которым была выполнена ЛАЭ, и гистологического описания удаленного червеобразного отростка, соответствие было выявлено у 24 (88,89%) пациенток.

При изучении ближайших результатов лечения установлено, что после ТАЭ выполнялась релапаротомия по поводу послеоперационного перитонита – 3,13%, свищ слепой кишки вследствие несостоятельности культи червеобразного отростка наблюдался у 1,56%, у 6,25% пациенток развились осложнения со стороны послеоперационной раны (нагноение раны, лигатурный свищ). После ЛАЭ подобных осложнений не выявлено.

С целью оценки течения послеоперационного периода был проведен телефонный опрос всех женщин, которым выполнялась ТАЭ и ЛАЭ.

После проведения ЛАЭ 5 (18,52%) женщин отмечали наличие длительного болевого синдрома (около месяца) в местах проколов брюшной стенки. Рецидив боли в правой подвздошной области у прооперированных больных не наблюдался.

8 (29,63%) беременных женщин были госпитализированы в позднем послеоперационном периоде в акушерско-гинекологические отделения в связи с возникшей угрозой прерывания беременности. Во II триместре беременности были 6 (75%) женщин и 2 (25%) – в I.

Родоразрешение проведено естественным путём у 20 (74,07%) женщин, у 7 (25,93%) выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям.

Анализ результатов ТАЭ показал, что 28 (43,75%) женщин отмечали наличие длительного болевого синдрома (более месяца) в области послеоперационной раны. Рецидив боли в правой подвздошной области выявлен у 14 (21,88%) женщин. 42 (65,63%) женщины оценили состояние рубца как крайне не-удовлетворительное.

20 (31,25%) беременных женщин были госпитализированы в позднем послеоперационном периоде в акушерско-гинекологические отделения в связи с возникшей угрозой прерывания беременности. Во II триместре беременности были 12 (18,75%) женщин, в III – 8 (12,5%).

Родоразрешение проведено естественным путём у 45 (70,31%) женщин, у 19 (29,69%) выполнено кесарево сечение по акушерским показаниям.

При сравнении показателей качества жизни по опроснику Sf-36 определяется статистически значимое снижение показателей физического здоровья у беременных после ТАЭ в сравнении с ЛАЭ на всех периодах наблюдения ($p < 0,05$). Но не выявлено аналогичной закономерности по показателям психического здоровья ($p > 0,05$).

Заключение. Выполнение ЛАЭ у беременных является приоритетным по сравнению с ТАЭ, так как позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

Литературные ссылки

1. Кригер, А.Г., Федоров, А.В., Воскресенский, П.К., Дронов, А.Ф. Острый аппендицит. – М: Медпрактика-М. – 2002. – 244 с.
2. Савельев, В.С., Абакумов, М.М., Бакулева, Л.П. и др. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М: Медицина. – 1986. – 608 с.
3. Шевчук, М.Г., Хохоля, В.П., Шевчук, И.М. Аппендицит у женщин. – Киев: Здоров'я. – 1992. – 144 с.
4. Charles A., Popkin B.A., Lopez P.P. et al. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point. Am J Surg 2002; 183:1: 20–22.
5. Hodjati H, Kazerooni T. Location of the appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. Int J Gynaecol Obstet. – 2003; 81:3: 245–247.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

Батаев С.А.^{1,2}, Жандаров К.Н.², Кулага А.В.², Ушкевич А.Л.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Введение. В современной литературе отображено большое количество способов лечения и хирургических методов коррекции, в том числе лапароскопических видов пластики тазового дна, вентропексии, операции жёсткой фиксации, в том числе операции с использованием новейших сетчатых эксплантатов [1, 2, 3, 4]. Несмотря на это, проблема лечения пролапса тазовых органов остаётся весьма актуальной. Выпадение прямой кишки, выпадение матки и влагалища, патологии ректовагинальной перегородки, ректоцеле, эвенто- и цистоцеле и их сочетания с большим спектром клинических проявлений, в том числе различных степеней инконтиненции, ведут к снижению трудоспособности и значительно влияют на социальную адаптацию, особенно возрастных пациентов [2, 4]. Это, а также отсутствие идеального способа хирургической коррекции, является трудноразрешимой задачей, решением которой плотно занимаются различные специалисты: урологи, гинекологи и хирурги-проктологи [1, 2].

Цель. Оценка результатов лечения пациентов с различными формами пролапса тазовых органов с применением объективных методов исследования и модифицированных опросников оценки качества жизни.

Материалы и методы. За период времени с сентября 2010 года по сентябрь 2012 года на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» были прооперированы пациенты с различными видами пролапса тазовых органов, которые разделены по группам (таблица).

Во всех случаях применялся способ лапароскопической ректопексии или ректокольпопексии с пластикой тазового дна и ректовагинальной перегородки с использованием сосудистых протезов по разработанным кафедрой методикам.

Таблица – Пациенты с различными видами тазового пролапса

Диагноз	Количество
Выпадение прямой кишки III степени (инконтиненция II)	6
Выпадение прямой кишки III степени (инконтиненция III)	9
Ректоцеле III степени, проктогенный копростаз	10
Выпадение влагалища, после надвлагалищной ампутации матки, ректоцеле II степени	2
Выпадение матки, ректоцеле II степени, цистоцеле II степени	1

Основными этапами операций были:

- рассечение брюшины в области ректовагинальной складки у женщин, в области ректовезикальной складки у мужчин;
- выделение прямой кишки по переднебоковым поверхностям на различную длину;
- рассечение брюшины в области мыса крестца и выделение его до надкостницы;
- фиксирование банж сосудистого протеза к переднебоковым стенкам прямой кишки и задней стенки влагалища;
- подтягивание прямой кишки кверху с последующей фиксацией в подготовленном ложе к надкостнице мыса крестца герниостеплером или несколькими швами darvin 1.0, под контролем пальца через минидоступ над лоном;
- во всех случаях применялась оригинальная методика гофрирования прямой кишки.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнений не было, швы снимались на 7-е сутки, дренаж из малого таза удалялся на 2-е сутки. Больные были осмотрены в среднем через 6 месяцев – 1 год, эпизодов повторного пролапса не было. Субъективно результатами лечения больные довольны. Неприятных ощущений и дискомфорта не отмечали. Результаты лечения оценивались инструментальными методами диагностики (ультразвуковое исследование, латеральная проктография) и по модифицированным опросникам оценки качества жизни и физического здоровья.

Выводы. Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными видами пролапса тазовых органов, установлено, что использование лапароскопических и видеоассистированных методик для реконструктивных операций с пластикой различными сетчатыми эксплантами при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами пластики ввиду малой травматичности, отсутствия осложнений, связанных с передней и задней кольпорафией, при выполнении пластики классическим методом, также гофрированные бранши протеза более эластичны и создают так называемый запас подвижности, что не вызывает дискомфорта, болей и нарушения функции органов малого таза в дальнейшем.

Литературные ссылки.

1. Абуладзе, Т.В., Шапатава, К.В., Иванишвили, Т.К., Такаишвили, Р.Г. Операции при комбинированном выпадении прямой кишки и матки, недостаточности анального жома и ректоцеле. Актуальные проблемы колопроктологии. V Всероссийская конф. с междунар. участием. Тез. докл. – Ростов-на-Дону, 2001. – С.4.

2. Афендулов, С.А., Шептунов, Ю.М., Тарасенко, С.А., Латышев, Ю.П., Введенский, В.С. Выбор метода хирургического лечения ректоцеле. Актуальные проблемы колопроктологии. I съезд колопроктологов России с междунар. участием. Тез. докл. – Самара, 2003. – С. 24–25.

3. Antiphon P., Elard S., Benyoussef A., Fofana M., Yiou R., Gettman M. et al. Laparoscopic promontory sacral colpopexy: is the posterior, rectovaginal, mesh mandatory? Eur. Urol., 2004; 45: 655–661.

4. Barthet M., Portier F., Heyries L., Orsoni P., Bouvier M., Houtin D., Barriere N., Salducci J., Grimaud J.C. Dynamic anal endosonography may challenge defecography for assessing dynamic anorectal disorders: results of a prospective pilot study. – Endoscopy, 2000; 32: 300–305.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ

*Батаев С.А.¹, Мицкевич В.А.^{2,3},
Жандаров К.Н.², Шолтанюк И.А.¹*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Медицинский центр «Седьмое небо»³,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. Общеизвестно, что геморрой является наиболее частым заболеванием аноректальной области и самым частым поводом для направления пациентов в отделения колопроктологии и хирургии. По данным различных литературных и периодических медицинских источников, его распространенность колеблется от 11 до 24% среди взрослого, в основном трудоспособного населения [1, 2, 3, 5]. Исторические данные достоверно указывают на факт, что данное заболевание сопровождает человечество с древнейших времён. В Древней Руси болезнь называли почечуй [2, 4]. В. Даль в своём толковом словаре довольно подробно описал её: «Общая, при нашем роде жизни (больше мужская) болезнь, от застоя крови в проходной кишке» [4].

Геморрой проявляется в виде двух основных синдромов – острого приступа и хронического течения заболевания. По существу, эти синдромы являются фазами одного и того же процесса [6].

Специфика заболевания, психологический фактор и страх перед обследованием и операцией и некоторые другие факторы в большинстве случаев отсрочивают обращение пациентов к специалисту. Хотя в последние годы, благодаря профилактической работе, онкологической настороженности и, в том числе, появления большого количества частных клиник и медицинских центров, прослеживается тенденция к увеличению количества обращений к специалистам-проктологам [5, 7].

Несмотря на огромный диапазон имеющихся методов консервативного лечения, малоинвазивных вмешательств и способов хирургической коррекции, вопрос о выборе метода лечения и тактике ведения больного остаётся актуальным и дискуссионным.

Цель. Обзор и анализ имеющейся информации по результатам лечения пациентов геморроя на разных стадиях различными способами. Оценка течения послеоперационного периода и результатов лечения геморроя методом вакуум-аспирационного ли-

гирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами и классической открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану.

Материалы и методы. Для оценки результатов лечения геморроя различными методами были проработаны и использованы материалы медицинской литературы, Интернет-источников, а также собственная информация, полученная во время полугодовой стажировки в Госпитале Святого Марка (Лондон, Великобритания).

Для анализа и оценки течения послеоперационного периода и результатов лечения больных было отобрано две группы пациентов с хроническим комбинированным геморроем II–III стадий.

Пациенты первой группы были оперированы традиционным методом открытой геморроидэктомии по Миллигану–Моргану на базе проктологического отделения УЗ «ГОКБ» г. Гродно.

Второй группе пациентов выполнялось вакуум-аспирационное лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами в медицинском центре «Седьмое небо» г. Гродно.

Послеоперационное течение оценивалось по выраженности болевого синдрома с применением числовой ранговой 10-балльной шкалы, числу осложнений и продолжительности лечения, а также анализировался косметический эффект после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде обе методики имели одинаковое количество осложнений в виде кровотечения. Болевой синдром был значительно менее выражен при лигировании латексными кольцами, период госпитализации и временной нетрудоспособности при геморроидэктомии по экономической целесообразности и переносимости пациентами менее удобен, чем кратность процедур лигирования (обычно проводилось 2 или 3 процедуры лигирования).

Полученные данные соответствуют данным, приводимым в мировой литературе.

Заключение. Анализируя предварительные результаты лечения данной группы пациентов, страдающих различными стадиями геморроя, установлено, что использование методик лигирования внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами при данной патологии может вполне конкурировать с классическими методами хирургического лечения, а также является более экономически целесообразным и лучше переносится пациентами.

Литературные ссылки

1. Генри, М, Свош, М. Колопроктология и тазовое дно. – М.: Медицина. – 1988. – С. 98–117.
2. Дацун, И.Г., Мельман, Е.Л. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя. – Арх. патологии. – 1992, 54(8): 28–31.
3. Капуллер, Л.Л., Ривкин, В.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение. – М.: Медицина. – 1976. – 276 с.
4. Ривкин, В.Л., Капуллер, Л.Л., Дульцев, Ю.В. Геморрой и другие заболевания анального канала и промежности. – М, 1994. – 128 с.
5. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of colon and anal surgery. – 2007. – PP.156–178.
6. Connann M. Anus (S-rectum surgery. USA, Philadelphia, Haemorrhoids. – 1994. – PP. 54–115.
7. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Brit] Surg. – 1956; 43: 37–46.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Батвинков Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Лечение больных рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков является актуальной проблемой хирургии. Это обусловлено значительным увеличением количества операций на желчевыводящих путях. При этом нередко их стали выполнять хирурги недостаточно высокой квалификации, при отсутствии возможности проведения интраоперационного рентгенотелевизионного исследования, что привело к увеличению частоты ятрогенных повреждений желчных протоков с последующим развитием их стриктуры. Кроме того, в настоящее время холецистэктомии выполняются преимущественно лапароскопическим способом, при котором указанное выше отмечается чаще 0,2–0,8%, чем при использовании лапаротомного доступа (0,1–0,5%) [3]. Важно также отметить, что при лапароскопической холеци-

стэктомии повреждение тканей усугубляется коагуляционным фактором, благодаря которому происходят более значительные изменения как стенок желчных протоков, так и окружающих их тканей печечно-двенадцатипестрстной связи. Более того, в этих случаях увеличивается процент высоких повреждений путей желчеоттока, требующих сложных в техническом исполнении хирургических вмешательств. Реже причиной рубцовой стриктуры внепеченочных желчных протоков являются холангиты, которые развиваются при нарушении оттока желчи, что может быть обусловлено холангиолитиазом или стенозом большого дуоденального сосочка. Нередко причиной холестаза являются стриктуры ранее наложенных билиодигестивных анастомозов. Таким образом, вопросы лечения больных стриктурами желчных протоков заслуживают пристального исследования.

Целью работы являлось изучение непосредственных результатов хирургического лечения больных рубцовыми стриктурами желчных протоков.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 126 больных (104 женщины и 22 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет со стриктурами внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов. Причинами нарушения оттока желчи были продолженные стриктуры большого дуоденального сосочка, интраоперационные травмы желчных протоков, стенозы ранее наложенных билиодигестивных анастомозов. Для определения вариантов сужений желчных протоков мы пользовались классификацией Н. Bismuth, согласно которой больные распределялись следующим образом: I тип (стриктура холедоха) наблюдался у 59 больных, II тип (стриктура общего желчного протока) – у 31, III тип (стриктура в зоне слияния долевых печеночных протоков) – у 9, IV тип (разрушение конfluence) – у 3, V тип (стриктура долевых и сегментарных протоков) – у 5. Остальные 19 больных оперированы по поводу стриктур билиодигестивных анастомозов.

При поступлении в клинику у большинства пациентов имела место желтуха различной степени выраженности (500 ммоль/л), которая нередко (36%) сопровождалась холангитом, при этом в 23 случаях были диагностированы холангиогенные абсцессы печени. У 15 пациентов наблюдались полные и неполные желчные свищи, а в одном случае имелось сочетание двух наружных сви-

щей – желчного и панкреатического.

Результаты. В 1982 году Ziegel I.H. впервые предложил способ эндоскопической ретроградной декомпрессии желчных протоков при их рубцовой стриктуре, что в последующем получило широкое распространение. Это обусловлено тем, что больные с данной патологией обычно поступают в хирургические отделения с явлениями механической желтухи и холангита. Выполнение в этих условиях оперативного вмешательства сопровождается развитием осложнений и высокой летальностью. В связи с этим ряд исследователей предпочтение отдают двухэтапной тактике, когда в начале декомпрессия желчных протоков достигается малоинвазивными вмешательствами с последующим выполнением реконструктивных или восстановительных операций на желчевыводящих путях. Вместе с тем, не существует четко сформированных критериев отбора больных для эндоскопических вмешательств. Тем более это касается проведения билиодуоденального протезирования.

С целью увеличения диаметра анастомоза использовали методику Нерр-Коинауд. При невозможности выполнить реконструкции билиодигестивного анастомоза, что наблюдается при его врастании в ткань печени и наличии гнойного холангита, у 2 пациентов произвели трансэнтеральную дилатацию соустья с транспеченочным дренированием, которое применяем по строгим показаниям: невозможность полноценного удаления рубцово-измененных тканей, стриктуры долевых и сегментарных протоков, узкий анастомоз, стенозирующий холангит, стеноз печени. В последующем о подобной операции сообщил В.Н. Чернышов [2]. В одном случае мы воспользовались предложением Е.В. Смирнова [1], когда у пациента имелся полный наружный желчный свищ на фоне общего тяжелого состояния. В качестве первого этапа сформировали подкожный фистулоэнтероанастомоз как вынужденное вмешательство. В последующем выполнена радикальная операция – наложен гепатикодуоденоанастомоз по Нерр-Коинауд. Послеоперационная летальность составила 2,38%.

Заключение. Основным видом хирургического лечения стриктур внепеченочных желчных протоков является наложение билиодигестивных анастомозов, отдавая предпочтение гепатикоеюностомии при III–IV типах сужения путей желчеоттока. Чреспече-

ночное каркасное дренирование целесообразно выполнять у больных с выраженными склеротическими изменениями желчных протоков и при малом диаметре билиодигестивных соустьев.

Литературные ссылки

1. Смирнов, Е.В. Реконструктивные операции на желчных путях / Е.В. Смирнов, С.Д. Попов. – М., 1969.

2. Третьяков, А.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / А.А. Третьяков, Н.И. Слепых, А.К. Корнилов // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 46–50.

3. Чернышов, В.Н. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / В.Н. Чернышов, В.Е. Романов, В.В. Сухоруков // Хирургия. – 2004. – № 11. – С. 41–49.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Могилевец Э.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

В большинстве случаев для выделения желчного пузыря и обработки его ложа на печени во время лапароскопической холецистэктомии используют монополярную коагуляцию. К положительным качествам методики относятся простота использования, высокая скорость рассечения тканей и достаточная надежность гемостаза [3]. При этом, несмотря на применение современной электроаппаратуры, температура коагулируемых тканей повышается выше критического уровня. В результате наступает деструкция ткани печени в области ложа, возможны несанкционированные ожоги, в среде углекислого газа образуются токсичные продукты коагуляции [1, 2]. Внедрение малотравматичных модификаций лапароскопической холецистэктомии требует доступных методик оценки их эффективности в сравнении со стандартным лапароскопическим вмешательством.

Цель исследования – изучить активности аланинамино-

трансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), уровни общего белка и общего билирубина в сыворотке крови и отделяемом из подпеченочного пространства, оценить их информативность для оценки повреждения и функции печени у пациентов при лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 47 пациентов после лапароскопической холецистэктомии в возрасте от 27 до 74 лет. Средний возраст составил $52,2 \pm 1,61$ года. Мужчин было 7 (15%) женщин 40 (85%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 34 (72%), острый – у 13 (28%). До операции проводились стандартные общеклинические и лабораторные исследования, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, фиброгастродуоденоскопия. Всем пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом. Пациентам перед операцией, а также на 1-е сутки после операции в венозной крови и в отделяемом из подпеченочного пространства, полученном по дренажу через 24 часа после операции, исследовались активность АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ, уровни общего белка и общего билирубина. Данные обработаны статистически с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты. В 6 случаях во время лапароскопической холецистэктомии отмечены технические трудности. Причиной этого явилось в 2 (4%) случаях глубокое расположение желчного пузыря в печени, в 2 (4%) – склероатрофический «фарфоровый» желчный пузырь, в 2 (4%) – остаточные явления стихающего острого холецистита, воспалительный инфильтрат, создававший трудности как на этапе диссекции в области треугольника Кало, так и при отделении желчного пузыря от его ложа. Дополнительный гемостаз ложа с помощью монополярной коагуляции понадобился в 7 (14%) случаях. Отмечено статистически значимое повышение активностей АлАТ (на 71%), АсАТ (на 69%), ЩФ (на 48%) и уровня билирубина (на 23%). Однако сравнение этих показателей с использованием рангового дисперсионного анализа Крускала-Уоллиса в группах с техническими трудностями при операции, с дополнительным гемостазом ложа желчного пузыря и без таковых не выявило статистически значимых различий. Таким образом, показатели биохимического анализа крови отража-

ют изменение функции печени в ответ на повреждение при электроэксцизии желчного пузыря, но в то же время этот метод является недостаточно чувствительным. В связи с этим были изучены те же показатели в отделяемом из подпеченочного пространства после лапароскопической холецистэктомии. Выявлено значительное превышение в сравнении с референтными значениями для сыворотки крови активностей АлАТ, ЛДГ, АсАТ, ЩФ, снижение уровня общего белка. При использовании рангового дисперсионного анализа Крускала–Уоллиса и критерия Манна–Уитни в группах с техническими трудностями при лапароскопической холецистэктомии, с дополнительным гемостазом ложа желчного пузыря и без технических трудностей и дополнительного гемостаза отмечено статистически значимое различие активности аланинаминотрансферазы ($p < 0,01$) в отделяемом. Эти показатели могут служить индикаторами травматичности операции. На данный метод получен патент на изобретение РБ № 11564 «Способ оценки функционального состояния печени после лапароскопической холецистэктомии».

Заключение. Параллельное изучение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы, уровня билирубина и общего белка в сыворотке крови и отделяемом из подпеченочного пространства высоко информативно для оценки повреждения и функции печени при стандартных и модифицированных оперативных вмешательствах на гепатобилиарной системе.

Литературные ссылки

1. Некоторые закономерности морфологических изменений ткани печени при электровоздействии / В.М. Седов [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – № 4. – С. 27–31.
2. Пряхин, А.Н. Методы обработки ложа желчного пузыря после малоинвазивных холецистэктомий: учебно-методическое пособие / А.Н. Пряхин, Ж.А. Ревель-Муроз, В.В. Сазанов; под ред. С.А. Савцова, А.И. Козеля. – Челябинск: Челябинский гос. институт. – 2002. – 32 с.
3. Федоров, И.В. Клиническая электрохирургия / И.В. Федоров, А.Г. Никитин. – М., 1997. – С. 32–33.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗОНДА-ОБТУРАТОРА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Могилевец Э.В.,
Дубровицк О.И., Боева В.В., Смольский А.В., Будревич А.В.*
УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Повторный эпизод кровотечения в стационаре наступает у 25–37% пациентов с варикозным расширением вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) на фоне портальной гипертензии. Манифестируя у 60–80% пациентов на протяжении 120 часов от момента госпитализации, он приводит к летальному исходу у 2/3 пациентов. Рецидивирующее кровотечение становится причиной срыва нестойкого механизма адаптации у этой категории больных, приводит к прогрессированию печеночной энцефалопатии, присоединению гепаторенального синдрома. Это зачастую препятствует адекватной подготовке пациента к другим более надежным методам гемостаза [1].

Баллонная тампонада зондом Сенгстакена-Блэкмора остается надежным резервным методом остановки массивного неконтролируемого другими методами кровотечения из ВРВПЖ, позволяя подготовить пациента для выполнения окончательного гемостаза. [3, 4]. Развитие изъязвлений и некрозов слизистой пищевода и желудка, ассоциирующиеся с его использованием, ухудшают результаты лечения пациентов с циррозом печени и ВРВПЖ, способствуя ранним рецидивам кровотечений [2, 5].

Актуальным в связи с этим является разработка методов, предупреждающих осложнения, связанные с применением зонда обтуратора.

Цель исследования. Уменьшить частоту ранних рецидивов кровотечений из ВРВПЖ у пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией в стационаре при использовании зонда Сенгстакена-Блэкмора с помощью нанесения покрытия с гемостатическим и регенерационным эффектом.

Материалы и методы. Проведено исследование результатов лечения 70 пациентов, обращавшихся по поводу цирроза печени

с портальной гипертензией, осложненной кровотечением из ВРВПЖ. Все пациенты методом простой рандомизации были разделены на контрольную и основную группы, сопоставимые по возрасту, полу, тяжести кровотечения, срокам госпитализации, степени варикозного расширения вен пищевода, классу цирроза по Child-Pugh. Пациентам при продолжающемся активном кровотечении проводилась постановка зонда Сенгстакена-Блэкмора в качестве основного метода гемостаза, либо после проведения эндоскопического склерозирования ВРВ пищевода и желудка. В основной группе в дополнение проводилось предварительное нанесение на баллоны зонда мази «Процелан» (производитель ОАО «Борисовский завод медицинских препаратов»). Применяемая мазь представляет собой комбинированный препарат, обладающий бактерицидным и репаративным действием. В состав мази входят: цефалексин, пролин, окисленная целлюлоза. Данная комбинация используется также имплантационно в виде салфеток. На данный метод получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение РБ.

Всем пациентам выполнялись общий анализ крови, биохимическое исследование крови, оценивались показатели коагулограммы, тестировались маркеры гепатитов В и С. Проводилось ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы с оценкой показателей портального кровотока в динамике. Определяли диаметр воротной вены, давление, линейную и объемную скорость кровотока в ней. Показатели оценивались до постановки зонда и после его извлечения. Анализ данных выполнен с использованием пакета программ «Statistica 7», для сравнения групп использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. При использовании зонда-обтуратора с нанесенной на поверхность баллонов мази «Процелан» отмечено улучшение эффективности гемостаза. Рецидивы кровотечения отмечены у 21 (38,2%) пациента контрольной группы после извлечения зонда, в то время как в основной группе рецидив кровотечения отмечен был у 2 (13,3%) пациентов. Летальность в контрольной группе составила 30,9%, в то время как в основной группе 5,6% ($\chi^2=3,63$, $p<0,05$).

При проведении ФГДС на 3–7 сутки у 12 (85,7%) пациентов

основной группы отмечалось уменьшение дефекта слизистой оболочки пищевода. В то же время в контрольной группе (ФГДС выполнена 45 пациентам) уменьшение дефекта выявлено лишь в 3 (6,7%) случаях ($\chi^2=35,4$, $p<0,001$), при этом у 12 (26,6%) пациентов отмечено ухудшение эндоскопической картины в виде увеличения размеров эрозии в области слизистой пищевода, у 30 (66,7%) пациентов размеры остались прежними.

Меньшие изменения претерпели показатели портального кровотока в основной группе, вероятно, вследствие более надежного гемостаза. Так, давление в воротной вене, линейная и объемная скорость кровотока статистически значимо не изменились в основной группе, в то время как в контрольной снижались к 3 суткам.

В контрольной группе отмечено снижение количества эритроцитов и гемоглобина, в то же время в основной группе снижения данных показателей не отмечалось, что может свидетельствовать о более надежном гемостазе в основной группе.

Заключение. Таким образом, использование мази «Процеллан» в качестве покрытия баллонов зонда Сенгстакена–Блэкмора с целью улучшения результатов лечения пациентов с циррозом печени, портальной гипертензией и кровотечением из ВРВПЖ как самостоятельный метод, так и в сочетании с эндоскопической склерозацией, является эффективным, способствует ускорению заживления дефектов в стенке ВРВ и слизистой пищевода и желудка, снижает процент ранних рецидивов кровотечений и приводит к снижению летальности.

Литературные ссылки

1. Баллонная обтурация кровоточащего пищеводно-желудочного варикоза / А.В. Воробей [и др.] // Актуальные вопросы хирургии: Материалы XXV Пленума Правления Ассоциации белорусских хирургов и Республиканской научно-практической конференции. – Борисов, 2008. – С. 233–235.

2. Горбунов, В.Н. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода / В.Н. Горбунов // Медицинская помощь. – 2002. – № 2. – С. 21–23.,

3. Dib, N. Current management of the complications of portal hypertension: variceal bleeding and ascites / N. Dib, F. Oberti, P. Cales // CMAJ. – 2006. – Vol. 174. – P. 1433–1443.

4. Franchis, R. Revising consensus in portal hypertension: Report of

the Baveno V consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. – Journal of Hepatology. – 2010. – Vol. 53. – P. 762–768.

5. The Sengstaken-Blakemore tube: uses and abuses / E. Seet [et al.] // Singapore Med J. – 2008. – Vol. 49, N 8. – P. 195–197.

ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

***Батвинков Н.И.¹, Цилиндзь А.Т.², Василевский В.П.¹,
Кардис А.И.², Горячев П.А.², Труханов А.В.², Тарасюк Е.С.¹***
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

В последние годы среди осложнений как истинных, так и ложных аневризм аорты следует отметить появление грозных патологических процессов, явившихся результатом воспалительной трансформации или инфицирования аневризматических образований [3]. По данным разных авторов, летальность при разрыве аневризмы брюшной аорты и, особенно, с ее инфицированием составляет до 90%. Хирургическое лечебное пособие должно в этом случае предполагать внеанатомическую реваскуляризацию нижележащих отделов, последующее радикальное выключение из кровотока или иссечение аневризматических образований и дренирование воспалительных полостей [1].

Представляющей не меньшую опасность для жизни больного может явиться ситуация после ранее выполненных реконструкций на аорте, особенно в отдаленные сроки и с явлениями сформировавшейся ложной аневризмы анастомоза. Одним из осложнений этих вмешательств являются желудочно-кишечные кровотечения вследствие образования аорто-дигестивного свища [2]. Частота подобных осложнений (так называемый вторичный аорто-энтеральный свищ), по данным ряда авторов, составляет от 0,6 до 2,3%. Кишечное кровотечение образует патологическое соустье, сформировавшееся между кишкой (двенадцатиперстная, то-

щая, сигмовидная) и протезом. Без оперативного лечения летальность абсолютная, даже после вмешательства она достигает 90%. Хирургическое вмешательство после получения данных о наличии аорто-энтеральной фистулы является единственным диагностическим и лечебным методом выбора. По мнению большинства авторов, выполнение первоначально подключично- или подмышечно-бедренного шунтирования, а затем разобщение аорто-дигестивной фистулы с восстановлением целостности кишечника, перевязкой (прошиванием) брюшной аорты сразу ниже почечных артерий и удаление инфицированного синтетического протеза может оказаться однозначно возможным спасительным выходом при данном виде осложнений [4].

Цель работы. Анализ возможности и объема эффективного хирургического лечения тяжелых осложнений аневризм абдоминальной аорты и магистральных сосудов.

Материал и методы. В течение последних двух лет в отделении хирургии сосудов первой клиники хирургических болезней прооперировано 2 пациента с признаками инфицирования и нагноения забрюшинных разрывов аневризматических трансформаций аорты и магистральных артерий и 1 больной с аорто-энтеральной (еюнальной) фистулой, явившейся результатом патологического соустья ложной аневризмы проксимального аорто-протезного анастомоза с дигестивной системой. Возраст больных мужского пола составил 51, 62 и 74 года. У одного пациента обширная забрюшинная гематома, распространяющаяся на бедра и переднюю брюшную стенку, была симптомной, с наличием общевоспалительной реакции соматического и лабораторного характера, у второго больного с множественными аневризмами аорты и подвздошных артерий, одна из которых сообщалась с паравазальным неоднородным жидкостным образованием, присутствовали явные признаки инфицирования ограниченного в правой подвздошной области пульсирующего патологического процесса. Возрастному пациенту с кишечным кровотечением 20 лет назад сделали аортобифеморальное шунтирование по поводу синдрома Лериша. Через 10 лет после этого реконструктивного вмешательства произведена ампутация левой ноги вследствие прогрессирования тромботического и атеросклеротического процесса.

Результаты и их обсуждение. Обоим больным с воспалител-

ными изменениями сосудистой стенки или гнойно-воспалительным процессом в области осложненной аневризматической трансформации выполнено хирургическое лечение. У одного из пациентов развитию паравазального инфекционного процесса предшествовало наличие мешотчатых аневризм бифуркации аорты и общих подвздошных артерий, осложненных разрывом с вовлечением правого мочеточника и развитием правостороннего уретрогидронефроза. Учитывая нарастание гнойно-воспалительной реакции, болей внизу живота, требовавших применения анальгетиков, и наличие разрыва аневризмы, больной был срочно оперирован. Выполнено внеанатомическое подключично-бифеморальное шунтирование с применением армированного аксилобифеморального протеза. Перевязка брюшной аорты на уровне нижней брыжеечной артерии и подвздошных артерий. Резекция нагноившейся ложной аневризмы и дренирование нижних отделов брюшной полости. Второму пациенту с воспалительной симптоматикой разорвавшейся в забрюшинное пространство обширной аорто-подвздошной аневризмы произведено лигирование брюшной аорты под почечными артериями после предварительного экстраанатомического подключично-бифеморального шунтирования. Общевоспалительная реакция купирована применением цефалоспоринов III поколения. В обоих клинических наблюдениях отмечено выздоровление больных. Пациенты обследованы через год: клинически значимых нарушений гемодинамики или прогрессирования патологического процесса не выявлено. Социальный и трудовой статус пациентов не изменился.

У больного с аортокишечными свищом имело место интенсивное кровотечение, которое внезапно прекращалось. За таким сигнальным кровотечением через несколько дней и даже недель следовало повторное массивное кровотечение. Наличие анамнестических данных перенесенной реконструктивной операции на аорте дало основание заподозрить аортокишечный свищ. Вследствие того, что кровотечение не носило угрожающий жизни характер, пациенту проведена панэндоскопия желудочно-кишечного тракта (неоднократная фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия, двухбаллонная энтероскопия). Эти процедуры однозначно не помогли обнаружить свищ (при двухбаллонной энтероскопии свищевое отверстие принято за одну из острых язв), но с их помощью исклю-

чены другие, более распространенные причины кровотечения в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке и толстом кишечнике. Предшествующие ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография с ангиоусилением показала наличие инфраренальной ложной аневризмы брюшной аорты. Во время операции была диагностирована вторичная аортоэнтеральная фистула (2А тип). Поскольку в брюшной полости были обнаружены признаки инфицирования протеза, выполнено экстраанатомическое подключично-бедренное шунтирование для сохранения кровоснабжения правой ноги. На следующем этапе в условиях нестабильной гемодинамики брюшная аорта ушита сразу ниже почечных артерий, сосудистый протез, установленный во время операции 20-летней давности, эксплантирован, восстановлена целостность стенки тощей кишки. Наложенный аксилло-бифеморальный шунт сохраняет проходимость в течение 6 месяцев.

Заключение. Следует отметить, что в случаях наличия тяжелых осложнений аневризм абдоминальной аорты с безусловно неблагоприятным прогнозом (гнойно-воспалительные процессы, аортоэнтеральные фистулы) однозначно показан радикальный хирургический способ ликвидации патологии, цель которого после предварительной экстраанатомической реваскуляризации нижних конечностей удаление аневризматического образования с санационным или изолирующе-восстановительным вариантом окончания операции.

Литературные ссылки

1. Мереттини, Г., Вентура, М., Скартера, К. Первичная аортодуоденальная фистула в сочетании с положительным посевом из аорты // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1996. – № 2. – С. 80–85.
2. Полянцев, А.А., Мозговой, П.В., Линченко, А.М. и соавт. Аневризма аорты и её висцеральных ветвей как причина желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 2001. – № 8. – С. 4–7.
3. Червяков Ю.В. Результаты лечения гнойных осложнений после сосудистых реконструкций с использованием синтетических протезов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, № 3. – С. 96–101.
4. Alimi Y., Juhan C. Late complication of abdominal aortic prostheses: False aneurysms and aorto-digestive fistulas // J. Mai. Vase. –1995. – № 3. – P. 172–176.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЗАВЕРШЕНИЯ ХОЛЕДОХОТОМИИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Белюк К.С.¹, Жандаров К.Н.², Прокопчик Н.И.¹, Казак А.В.¹
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. До сих пор на страницах медицинской печати остается спорным вопрос о варианте завершения холедохотомии [1, 3, 4]. В подавляющем большинстве случаев холедохотомия завершается наружным дренированием общего желчного протока (ОЖП), несмотря на ряд недостатков, свойственных этой методике [1, 2, 3, 4]. В 2008 году нами разработан и внедрен в клиническую практику скрытый самоудаляющийся дренаж (патент на полезную модель № 5406, от 29.12.2008) для дренирования ОЖП, использование которого позволяет завершить холедохотомию «глухим» прецизионным швом без риска его несостоятельности. Учитывая тот факт, что клинические наблюдения по понятным причинам не могут в полной мере оценить патологические изменения в ОЖП при различных вариантах завершения холедохотомии, до настоящего времени не дана полная оценка изменений в холедохе.

Цель. В эксперименте провести оценку выраженности патологических изменений в области холедохотомии при различных вариантах ее завершения в позднем (через 60 суток) послеоперационном периоде.

Материалы и методы. С помощью микрохирургических инструментов 15 лабораторным животным была произведена холедохотомия длиной до 0,5 см на расстоянии 1–1,5 см от двенадцатиперстной кишки. Все животные были разделены на 3 группы в зависимости от варианта завершения холедохотомии.

Группа 1: 5 лабораторных животных, которым холедохотомическое отверстие было ушито «глухим» прецизионным швом.

Группа 2: 5 кроликов, которым выполнено наружное дренирование общего желчного протока через холедохотомическое отверстие.

Группа 3: 5 экспериментальных животных, которым выполнялось ушивание холедохотомического отверстия «глухим» прецизионным швом в сочетании с транспапиллярным дренированием ОЖП скрытым дренажом.

Через 60 суток из эксперимента были выведены 15 лабораторных животных по 5 из каждой группы.

Изучались макроскопические изменения в области ОЖП с последующим патогистологическим исследованием холедоха в зоне холедохотомии. У 15 лабораторных животных с целью изучения проходимости ОЖП использовался рентгенологический метод исследования с 76% раствором урографина на аппарате «Lithoscor» фирмы Siemens (Германия).

Результаты. При вскрытии животных на 60 сутки после моделирования различных вариантов завершения холедохотомии умеренно выраженный спаечный процесс в правом подреберье выявлен у 2 (40%) лабораторных животных группы 2. У всех остальных животных группы 2 и групп 1 и 3 признаки спаечного процесса в правом подреберье и в области гепатодуоденальной связки были выражены незначительно. Однако у 2 (40%) кроликов группы 2 в правом подреберье на месте наружного дренажа холедоха было отмечено наличие плотного соединительно-тканного тяжа, идущего от передней брюшной стенки к ОЖП. У данных лабораторных животных группы 2 в области завершения холедохотомии отмечалось выраженное развитие соединительной ткани в стенке протока, распространяющееся в проксимальном и дистальном направлениях от зоны стояния наружного дренажа. ОЖП в этом месте был резко деформирован, стенка его была утолщена за счет склеротических изменений и отека. Кроме того, у этих экспериментальных животных выявлены признаки билиарной гипертензии: отмечалось напряжение и расширение ОЖП (до 6 мм в диаметре), в то время как исходный диаметр ОЖП до операции составлял $3,0 \pm 0,5$ мм, также отмечалось расширение и напряжение долевых протоков печени и желчного пузыря.

У остальных 3 (60%) кроликов группы 2 в зоне завершения холедохотомии было выявлено выраженное развитие плотной соединительной ткани как в области стояния наружного дренажа ОЖП, так и в проксимальном и дистальном направлениях от зоны завершения холедохотомии. Стенка ОЖП в этой области была утолще-

на, отечна и деформирована.

Макроскопические изменения в области ОЖП у лабораторных животных групп 1 и 3 были менее выражены по сравнению с группой 2 и носили схожий характер. Так, при макроскопическом исследовании незначительное очаговое утолщение стенки протока без его деформации, отека и макроскопических признаков воспаления непосредственно над «глухим» прецизионным швом отмечено у 2 (40%) кроликов группы 1 и у 2 (40%) кроликов группы 3. У остальных 3 (60%) лабораторных животных группы 1, и у 3 (60%) лабораторных животных группы 3 макроскопических изменений в области «глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия и в ОЖП выявлено не было. Стенка протока была равномерной толщины, без отека, деформации и макроскопических признаков разрастания соединительной ткани.

Для изучения проходимости ОЖП выполнено рентгенографическое исследование ОЖП с 76% раствором урографина у всех 15 экспериментальных животных с различными вариантами завершения холедохотомии, при котором патологические изменения выявлены у 2 (40%) кроликов группы 2. У данных животных отмечалась деформация ОЖП с наличием стенотического сужения, тотчас после места стояния наружного дренажа (по направлению к двенадцатиперстной кишке) с супрастенотическим расширением просвета ОЖП. У остальных лабораторных животных группы 2 и групп 1 и 3 патологических изменений в ОЖП при рентгенологическом исследовании не обнаружено. Отмечалось равномерное заполнение 76% раствором урографина просвета ОЖП без признаков стенозирования.

При патогистологическом исследовании ОЖП в позднем послеоперационном периоде в области стояния наружного дренажа у 5 (100%) кроликов группы 2 было выявлено, что структура ОЖП нарушена, эпителий слизистой оболочки десквамирован, в подлежащих тканях определялась умеренная и в двух случаях резко выраженная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация с примесью нейтрофильных лейкоцитов, в стенке протока определялись выраженные склеротические изменения.

При патогистологическом исследовании канала наружного дренажа ОЖП у 2 лабораторных животных группы № 2 было установлено, что он представлен щелевидным образованием, стенка ко-

торого состоит из соединительной ткани с лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрацией.

У всех лабораторных животных групп 1 и 3 патогистологические изменения на 60 сутки после моделирования различных вариантов завершения холедохотомии в области «глухого» прецизионного шва ОЖП были менее выражены по сравнению с группой 2 и имели схожий характер. Эпителий слизистой на большем протяжении был сохранен, очаговая десквамация эпителия отмечалась непосредственно в области холедохотомии на протяжении менее чем 1/3 окружности протока. В этой же области в подлежащих тканях отмечены слабо выраженная лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация и слабо выраженные склеротические изменения в стенке протока непосредственно в зоне холедохотомии на протяжении менее чем 1/3 окружности протока.

Заключение. Таким образом, результаты экспериментального исследования указывают на преимущества применения «глухого» прецизионного шва холедохотомического отверстия без дренирования и с транспапиллярным дренированием скрытым дренажом по сравнению с наружным дренированием ОЖП, чем следует руководствоваться в практической деятельности при завершении холедохотомии.

Литературные ссылки

1. Пауткин, Ю.Ф. Хирургия желчных путей / Ю.Ф. Пауткин, А.Е. Климов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2007. – 368 с.
2. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: в 2 т. / Редкол.: А.Е. Борисов (гл. ред.) [и др.]. – СПб: Скифия. – 2003. – Т. 2: Заболевания желчевыводящей системы / А. Е. Борисов [и др.]. – 2003. – 560 с.
3. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов [и др.]. – Киев: Здоровье. – 1993. – 512 с.
4. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни / П.В. Гарелик [и др.]. – Москва: БИНОМ. – 2010. – 472 с.

МНОГОЦЕЛЕВАЯ ПРОГРАММА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

*Богдан В.Г.¹, Гаин Ю.М.², Дорох Н.Н.³, Иванова Т.Е.¹,
Лапицкий Д.В.¹, Райкова З.Н.³*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,

УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко»³,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Не имеющий тенденции к снижению уровень рецидивов послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ), составляющий, по данным разных авторов, от 11 до 26%, достигающий 60 и более процентов у пациентов с большими и гигантскими грыжами живота, а также сохраняющаяся стабильно высокая частота возникновения раневых осложнений до 25%, что в совокупности приводит к удлинению сроков стационарного лечения, указывает на отсутствие дифференцированного подхода к выбору метода операции, в том числе с использованием синтетических материалов. Летальность после плановых оперативных вмешательств у больных с ПОВГ гигантских и больших размеров сохраняется на высоком уровне и достигает 7–10% [1, 2].

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж больших и гигантских размеров путём разработки и клинического применения новых принципов предоперационной подготовки и методов герниопластики.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности комплексного лечения 85 пациентов с большими и гигантскими послеоперационными грыжами, оперированных в городском центре герниологии и бариатрической хирургии г. Минска. Дизайн исследования: проспективное, одноцентровое, открытое. Критерии включения: наличие ПОВГ любой локализации; грыжевое выпячивание диаметром более 15 см, полностью занимающее более одной анатомической области передней брюшной стенки;

ширина грыжевых ворот более 10 см; длительность грыжевого анамнеза 1 год и более; информированное согласие пациента на выполнение дозированного сведения краев грыжевого дефекта и пластику передней брюшной стенки с использованием полипропиленового сетчатого имплантата.

Результаты. У всех пациентов применен разработанный нами комплекс предоперационных мероприятий, включающий сочетанное воздействие на адаптацию сердечно-сосудистой, дыхательной систем, и на функциональную активность мышц передней брюшной стенки путём дозированного сведения краёв грыжевых ворот. Кроме того, в период предоперационной подготовки (длительностью от 5 до 12 суток) проводили ежедневную электростимуляцию мышц передней брюшной стенки синусоидальными модулированными токами (*патент Республики Беларусь на изобретение № 12671*). Профилактику венозного тромбоза в период подготовки к плановым оперативным вмешательствам выполняли на основании прогнозирования риска развития венозного тромбоза (*патент Республики Беларусь на изобретение № 12671*). УЗИ-сканирование передней брюшной стенки показало значимое уменьшение площади грыжевых ворот после функциональной дистракции мышц живота ($p < 0,03$). Дифференцированный индивидуальный выбор метода аллопластики передней брюшной стенки у каждого конкретного пациента основывался на результатах комплексной оценки интегрального анализа изменения динамики показателей функционального состояния дыхательной, сердечно-сосудистой систем и регионарной гемодинамики в венах нижних конечностей (*патент Республики Беларусь на изобретение № 13226*). В начале и по завершению предоперационной подготовки проводили регистрацию спирограммы и измерение показателей функции внешнего дыхания, методом ультразвукового дуплексного сканирования определяли максимальную линейную скорость кровотока в общей бедренной вене, её переднезадний размер и величину фракции выброса сердца. Показанием для выполнения корригирующего протезирования передней брюшной стенки без существенного уменьшения исходного объема брюшной полости (*патент Республики Беларусь на изобретение № 12559*) считали сочетанное снижение

значений изучаемых показателей, в остальных случаях проводили реконструктивную аллопластику передней брюшной стенки (*патент Республики Беларусь на изобретение № 12560*). Применение разработанного комплексного подхода позволило выполнить у 76 пациентов (89,4%) радикальные варианты реконструктивно-восстановительной пластики передней брюшной стенки, у 9 пациентов (10,6%) применить условно-радикальные корригирующие методики в нашей модификации. Общие осложнения выявлены у 3 пациентов (3,5%): тромбофлебит подкожных вен голени, пневмония язычкового сегмента и прогрессирование имеющейся сердечной недостаточности.

В послеоперационном периоде у всех пациентов удалось избежать развития тяжелых летальных осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Оценка качества жизни, выполненная при проведении проспективного исследования, выявила достоверное ($p < 0,05$) повышение показателей качества жизни через 3 месяца после операции у всех пациентов по 6 из 8 доменов шкалы SF-36.

Заключение. Разработанный комплекс диагностических и лечебных мероприятий, выполняемых в предоперационном периоде у пациентов с ПОВГ больших и гигантских размеров, включающий сведение краёв грыжевого дефекта, электростимуляцию мышц передней брюшной стенки, интегральный анализ изменения показателей функционального состояния дыхательной, сердечно-сосудистой систем и регионарной гемодинамики с дооперационным дифференцированным выбором метода аллопластики и проведением профилактики развития венозного тромбоза, является эффективной многоцелевой программой.

Литературные ссылки

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота / В.В. Жебровский. – М., 2005. – 368 с.
2. Патогенез и хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж / В.И. Белоконев [и др.]. – Монография. – Самара: ГП «Перспектива». – 2005. – 208 с.

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЯ КОЛЛАГЕНА ПРИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ИЗ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Богдан В.Г.¹, Зафранская М.М.², Гаин Ю.М.², Багатка С.С.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

ГУО «Белорусская медицинская академия

последипломного образования»²,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В основе биохимической концепции развития и рецидивирования послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) лежит изменение метаболизма коллагена. Многочисленными исследованиями установлено значительное снижение соотношения коллагена I/III в фасциально-апоневротических образованиях у пациентов с ПОВГ, связанное с относительным увеличением содержания коллагена III типа, который характеризуется тонким диаметром волокон и низкой механической прочностью [1–3].

Цель исследования: оценить характер образования коллагена при аутотрансплантации мезенхимальных стволовых клеток из жировой ткани (МСК ЖТ) при пластике послеоперационных грыж живота.

Материалы и методы. Клиническое исследование проведено по согласованию с Комитетом по этике на базе городского центра герниологии и бариатрической хирургии учреждения здравоохранения «4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко» г. Минска.

В исследуемую (основную) группу вошли 5 пациентов с ПОВГ больших размеров, которым выполнены новые методы реконструктивно-восстановительных операций с использованием технологий клеточной трансплантации многокомпонентным биологическим трансплантатом с аутологичными МСК ЖТ, дифференцированными в фибробластном направлении (*уведомление о положительном результате экспертизы патента РБ № а 20120153*). Предтрансплантационная подготовка клеточного материала включала последовательное выполнение отдельных этапов:

- 1) забор биологического материала – фрагмент подкожной жировой клетчатки в объеме до 10 см³;
- 2) выделение МСК ЖТ;
- 3) этап пролиферации (*уведомление о положительном результате экспертизы патента РБ № а 20110181*);
- 4) дифференцировочный этап (*уведомление о положительном результате экспертизы патента РБ № А 20110183*);
- 5) бактериологический контроль стерильности культуры МСК ЖТ;
- 6) получение многокомпонентного биологического трансплантата с МСК ЖТ.

Пластику дефекта передней брюшной стенки у 7 пациентов с послеоперационными грыжами живота (группа сравнения) выполняли с использованием полипропиленовой хирургической сетки «Эргомэш» (Ergon Est, Республика Беларусь) с расположением её под мышечно-апоневротическим слоем передней брюшной стенки и отграничением от органов брюшной полости большим сальником и (или) брюшиной.

Исследуемые группы достоверно не различались по возрасту и полу пациентов. Оперативные вмешательства во всех случаях завершали сшиванием краев дефекта апоневроза непрерывным швом с дренированием надсеточного пространства.

Количественное определение концентрации коллагена I и III типов методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем производства Usch Life Science Inc. (Китай) проводили в раневом экссудате (n=24), забранном из области пластики дефекта на 3 и 7 сутки после операции у пациентов исследуемых групп с оценкой отношения коллагена III/I типа. Результаты регистрировали на спектрофотометре BRIO-SIRIO (SEAC, Италия), измеряя оптическую плотность при 450 нм.

Результаты. При исследовании раневого экссудата на 3-и сутки после пластики передней брюшной стенки как с использованием хирургической полипропиленовой сетки, так и многокомпонентного биологического трансплантата не было установлено достоверных различий в концентрации коллагена I и III типов.

На 7 сутки наблюдения в исследуемых группах выявлены существенные изменения в концентрации коллагена I и III типов. Применение полипропиленовой сетки сопровождалось недоосто-

верным повышением концентрации коллагена I типа и отношения коллагена III/I типа с увеличением содержания коллагена III типа в 1,4 раза ($p < 0,05$) по сравнению с 3-суточным раневым экссудатом с 1493,43 ($1038,0 \div 2358,0$) нг/мл до 2126,86 ($1975,0; 2347,0$) нг/мл. Присутствие МСК ЖТ в зоне аллопластики приводило к изменению общей картины коллагенообразования. На фоне более выраженного роста величины коллагена I типа в 1,6 раза относительно 3 суток ($p < 0,05$) с 83,0 ($81,0 \div 98,0$) нг/мл до 129,0 ($112,0 \div 130,0$) нг/мл отмечена противоположная динамика – падение накопления коллагена III типа до 1698,8 ($1342,0 \div 1974,0$) нг/мл ниже уровня группы сравнения в 1,3 раза ($p < 0,05$), что предопределило и снижение соотношения коллагена III/I типа в 1,5 раза ($p < 0,05$) в динамике.

Заключение. Использование для аллогерниопластики полипропиленовой хирургической сетки усугубляет имеющиеся нарушения с избыточным накоплением коллагена III типа и, как следствие, образованием неполноценной соединительной ткани.

Применение полипропиленового материала в сочетании с аутооттрансплантацией МСК ЖТ приводит к более благоприятному исходу: снижению в 1,5 раза соотношения коллагена III/I типа за счет повышения в 1,6 раза содержания коллагена I типа в динамике и уменьшения накопления коллагена III типа. Выявленные изменения указывают на позитивное влияние МСК ЖТ на метаболизм и структуру синтезируемой *in vivo* соединительной ткани и эффективность клинического применения для пластики передней брюшной стенки при послеоперационной грыже живота предложенного нами многокомпонентного биологического трансплантата с аутологичными стволовыми клетками.

Литературные ссылки

1. Гостевской, А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть II) / А.А. Гостевской // Вестник хирургии. – 2007. – № 6. – С. 93–95.
2. Collagen I / III and matrix metalloproteinases (MMP) 1 and 13 in the fascia of patients with incisional hernias / U. Klinge [et al.] // J. Invest. Surg. – 2001. – № 13. – P. 47–54.
3. Role of biomarkers in incisional hernias / J.R. Salameh [et al.] // Am. Surg. – 2007. – № 73. – P. 561–568.

НЕПРЕРЫВНАЯ РЕГИОНАРНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ИНФУЗИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Большов А.В., Третьяк С.И., Кулеш В.В., Блатун А.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый панкреатит до настоящего времени остается сложной медико-социальной проблемой, значимость которой обусловлена неуклонно возрастающим уровнем заболеваемости, увеличением доли тяжелых клинических форм. Общая летальность при этой патологии составляет 7–13% и достигает 40 – 85% при деструктивных формах.

Современные данные о патогенезе гнойно-септических осложнений острого панкреатита свидетельствуют о важной роли бактериальной транслокации из просвета кишечника вследствие нарушенной барьерной функции стенки кишки [1, 2]. В результатах ряда зарубежных и отечественных исследований было показано, что метод непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии при остром панкреатите позволяет влиять на пусковые механизмы микробной контаминации зоны некроза поджелудочной железы и забрюшинного пространства, что, в свою очередь, приводит к снижению количества гнойно-воспалительных осложнений и летальности при данном заболевании [3, 4].

Этот метод лечения был включен в стандарты диагностики и лечения пациентов с острым панкреатитом [5]. Однако не были четко определены вопросы, касающиеся показаний, сроков и методики проведения внутриартериальной терапии.

Цель исследования. Определение роли непрерывной регионарной артериальной инфузии в схеме лечения острого некротизирующего панкреатита путем сравнения эффективности катетеризации верхней брыжеечной артерии (ВБА) и чревного ствола (ЧС), а также изучения влияния сроков начала инфузии на частоту развития гнойно-воспалительных осложнений и летальность.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование. Были изучены результаты лечения 74 пациентов с тяже-

лым острым панкреатитом, находившихся в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Минска в период с 2010 по 2011 годы включительно. В основную группу были включены 54 пациента, которым для введения препаратов использовался артериальный доступ. Из них 44 пациентам выполнялась катетеризация ВБА (1-я подгруппа), 10 – катетеризация ЧС (2-я подгруппа). В контрольную группу вошли 20 пациентов, у которых данный метод лечения не применялся. Статистически значимых различий между группами по полу, возрасту и степени тяжести по шкале SAPS выявлено не было.

В работе использовались методы непараметрической статистики (точный критерий Фишера, χ^2 -тест). Сравнение групп проводилось по следующим признакам: частота развития септических осложнений, необходимость проведения дополнительных хирургических вмешательств, частота летальных исходов.

Результаты. Анализ послеоперационного периода позволил обнаружить ряд признаков в пользу введения препаратов в ВБА (1-я подгруппа). Частота развития септических осложнений в 1-й подгруппе – 9,1%, во 2-й – 10,0%, в контрольной группе – 20,0% ($P=0,123$). Уровень летальности в группах составил 2,3%, 10,0%, 15,0%, соответственно ($P=0,115$). Необходимость проведения дополнительных операций после катетеризации ВБА имела место у 11,4% пациентов, после катетеризации ЧС у 30,0% пациентов, в контрольной группе в 25,0% случаев ($P=0,12$).

В 1-й подгруппе 33 пациентам катетеризация ВБА проводилась в ранние сроки (до 3-х суток с момента начала заболевания), 11 пациентам – в поздние (от 3-х суток и более). При раннем начале непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии, по сравнению поздним, отмечено статистически значимое снижение частоты септических осложнений (3,0% против 27,3%; $P<0,05$), а повторные оперативные вмешательства проводились в 4 раза реже (6,1% против 27,3%; $P<0,05$). При раннем начале непрерывной регионарной артериальной инфузионной терапии не было отмечено летальных исходов. Летальность в группе с катетеризацией ВБА после 3-х суток составила 9,1% и статистически не отличалась от аналогичного показателя в контрольной группе (15%) ($p=0,553$).

Заключение

1. Применение непрерывной регионарной артериальной инфузии в верхнюю брыжеечную артерию способствует коррекции ранних патологических сосудистых реакций в ее бассейне, дает возможность воздействовать на барьерную функцию кишечника и уменьшение бактериальной транслокации при тяжелом остром панкреатите, что, в конечном счете, приводит к улучшению результатов лечения.

2. Раннее (в течение 3-х суток от начала заболевания) начало регионарной артериальной инфузии позволяет статистически значимо снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений острого панкреатита и летальность.

Литературные ссылки

1. Ammori Basil J. Role of the Gut in the Course of Severe Acute Pancreatitis / Basil J. Ammori // *Pancreas* – 2003. – Vol. 26, № 2. – P. 122–129.

2. Роль кишечника в течении острого некротизирующего панкреатита / А.Е. Щерба [и др.] // *Белорусский медицинский журнал*. – 2004. – № 2. – С. 100–102.

3. Efficacy of Continuous Regional Arterial Infusion of a Protease Inhibitor and Antibiotic for Severe Acute Pancreatitis in Patients Admitted to an Intensive Care Unit / H. Imaizumi, M. Kida, H. Nishimaki [et al.] // *Pancreas*. – 2004. – Vol. 28, № 4. – P. 369–373.

4. Щерба, А.Е. Регионарная интраартериальная инфузия верхней брыжеечной артерии при остром панкреатите / А.Е. Щерба // *Материалы Пироговской научной конференции. Вестник РГМУ*. – Москва. – 2004. – № 3. – С. 83–84.

5. Завада, Н.В. Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н.В. Завада // *Мн.: БелМАПО*. – 2005. – 117 с.

СПОСОБ НЕНАТЯЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ КОСОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ И СЛАБОСТИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА

Вальчук А.А., Рычагов Г.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Грыжи остаются одной из самых распространенных хирургических патологий, причем на долю паховых приходится до 75% всех случаев грыж [3]. Рецидив после пластики местными тканями в течение многих лет остается достаточно высоким и составляет 10% при простых грыжах и до 30% при больших и рецидивных [1]. Несмотря на наличие более 400 способов оперативного лечения паховых грыж, возможность улучшения результатов хирургической коррекции данной патологии еще не исчерпана. Разработка новых способов и модификаций не останавливается до сегодняшнего дня. Своего рода «прорывом» в развитии хирургии паховых грыж стали методы ненатяжной герниопластики, что способствовало значительному снижению рецидивов заболевания по сравнению с «классическими» натяжными способами грыжесечения. Наиболее широкое распространение получил способ I. Lichtenstein (1986), который предусматривал укрепление задней стенки пахового канала с помощью синтетического протеза без какого-либо натяжения тканей. Однако в ряде случаев возникают осложнения, связанные с использованием для пластики сетчатых трансплантатов: послеоперационные невралгии, чувство инородного тела, повреждение семявыносящего протока, миграция имплантата, образование сером, гематом. Около 20% больных после ненатяжных пластик не считают себя полностью здоровыми.

Цель исследования. Улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с косой паховой грыжей.

Материалы и методы. Мы выборочно изучили истории болезни 100 больных от 32 до 80 лет (все мужского пола), находившихся на лечении в 3 ГКБ г. Минска с 2005 по 2009 гг. по поводу паховых грыж, прооперированных с использованием для пластики грыжевых ворот полипропиленовой сетки: по Лихтенштейну –

50 (50%); по нашей методике – 50 (50%). Эффективность применения различных видов пластик оценивали по таким показателям, как боли в области послеоперационного рубца, ослабление эрекции и рецидив грыжи.

Как известно, при непосредственном соприкосновении семенного канатика с сеткой он вовлекается в рубцово-спаечный процесс, что, в свою очередь, сопровождается уменьшением артериального притока, затруднением венозного оттока и гипоксией яичка. Для предупреждения этих осложнений мы разработали и применяем с 2005 года собственную методику, предотвращающую травматизацию семенного канатика и его прямой контакт с сеткой. Техника операции заключается в следующем: разрез кожи не более 4–5 см над проекцией внутреннего пахового кольца. После разреза апоневроза наружной косой мышцы живота из элементов семенного канатика выделяется грыжевой мешок до шейки, семенной канатик не выделяется. При необходимости грыжевой мешок может быть вскрыт для ревизии, а затем ушит на верхушке. На шейку накладывается кисетный шов, который не завязывается. Выше шейки на 1–1,5 см для удобства инвагинации грыжевого мешка и погружения сетчатого протеза на грыжевой мешок накладывают 3 зажима «москита» на 120, 240, и 360 градусов по окружности. Далее из прямоугольного фрагмента полипропиленовой сетки формируется «волан», размер и ширина которого определяется диаметром грыжевых ворот в каждом отдельном случае. Полученный сетчатый протез фиксируют к верхушке грыжевого мешка узловым швом и через незатянутый кисетный шов на шейке инвагинируют в брюшную полость. Одновременно снимают зажимы. До завязывания кисетного шва сетчатый протез подшивают П-образными швами к косым мышцам живота у латерального края внутреннего кольца пахового канала и кисетный шов завязывают (получен патент № 11883 от 2009.02.10). На данном этапе хирург оценивает состояние задней стенки пахового канала. При отсутствии необходимости в дополнительном ее укреплении операция завершается ушиванием апоневроза наружной косой мышцы живота и послойным ушиванием раны. Выявленная интраоперационно слабость пахового промежутка обуславливает необходимость дополнительного укрепления задней стенки пахового канала. Это достигается путем до-

полнительной мобилизации поперечной фасции без выделения семенного канатика и ее рассечением от внутреннего пахового кольца к лонному бугорку. Затем на подготовленную площадку, предбрюшинно, укладывается полипропиленовая сетка необходимого размера и фиксируется швами к лонному бугорку и к поперечной фасции, края которой впоследствии сшиваются над трансплантатом отдельными швами (патент № 15583 от 08.06.2009).

После этого операция завершается ушиванием апоневроза и операционной раны. В качестве шовного материала для пластики мы используем нити Daklon 3-0. Операция выполняется под местной инфильтрационной анестезией.

Результаты. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Болевой синдром был слабо выражен, температура тела оставалась нормальной. Больной спустя 2–3 часа вставал с постели. Применялись ненаркотические анальгетики, которые отменялись на 2-е сутки. Пациенты выписывались на амбулаторное лечение на 2–3 сутки. У всех больных раны зажили первичным натяжением. Данный способ позволяет осуществить малотравматичный (кожный разрез не более 4–5 см) доступ к грыжевому мешку, изолировать париетальной брюшиной аллотрансплантат от элементов семенного канатика и предупредить их вовлечение в рубцовый процесс, создать надежный не смещаемый барьер со стороны брюшной полости, препятствующий рецидиву грыжи. Кроме того, уменьшается интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, сокращается время пребывания больного в стационаре и уменьшается период нетрудоспособности пациента. Результаты лечения после различных вариантов пластик в сроки от 1 года до 7 лет изучены методом анкетирования у 100 пациентов. Боли в области послеоперационного рубца: по Лихтенштейну – 7 случаев (14%), по нашей методике – 4 случая (8%). Ослабление эрекции: по Лихтенштейну – 3 случая (6%), по нашей методике – 1 случай (2%). Рецидив: по Лихтенштейну – 1 случай (2%), по нашей методике рецидивов не установлено. 4 больных, которые были оперированы по методике клиники, ранее перенесли грыжесечения с другой стороны и отметили значительно лучший косметический и лечебный эффект после повторного оперативного вмешательства.

Заключение. Данный метод герниопластики, как малоинвазивный, позволяет осуществить малотравматичный доступ к грыжевому мешку, изолировать оба сетчатых протеза от элементов семенного канатика, дополнительно укрепив заднюю стенку пахового канала, тем самым минимизировать вероятность рецидива заболевания, а также уменьшить частоту послеоперационных осложнений, улучшить отдаленные результаты лечения и косметический эффект. Кроме того, уменьшается время пребывания больных в стационаре, сокращаются сроки их социальной и трудовой реабилитации.

Литературные ссылки

1. Емельянов, С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж / С.И. Емельянов, А.В. Протасов, Г.М. Рутенбург. – СПб.: Фолиант. – 2000. – 176 с.
2. Аллопластика паховой грыжи или традиционная пластика: преимущества и недостатки: Материалы науч.-практ. семинара / Рос. Науч. Центр хирургии; РАМН; О-во герниологов // М., 2003.
3. Абоев, А.С. Хирургическое лечение паховых грыж / А.С. Абоев, А.А. Кульчиев // Хирургия. Журнал им. Пирогова. – 2006. – № 3. – С. 55–58.

ЭНДОЛЮМИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ НА КАРОТИДНЫХ И ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

*Васильчук Л.Ф.², Василевский В.П.¹, Кардис А.И.²,
Цилиндзь А.Т.², Горячев П.А.², Труханов А.В.², Гнядо Ю.В.²,
Черний В.А.², Полудень Д.И.², Тарасюк Е.С.¹*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь*

Лечение и уход за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения и его последствиями представляют собой тяжелую социальную, медицинскую и экономическую проблему. Как минимум один из трех пациентов, перенесших инсульт, ста-

новится пожизненным инвалидом, один из четырех умирает, а каждый пятый нуждается в уходе спустя 3 месяца [2].

Стентирование сонных и вертебральных артерий применяется для устранения ишемической болезни головного мозга, в качестве альтернативы хирургической эндалтерэктомии. Целью эндоваскулярных интервенций является устранение стеноза с восстановлением исходного просвета артерии, а также сдерживание нарастания атеросклеротических и тромботических наслоений [1, 3].

Целью работы явилась оптимизация хирургических методов лечения стенотических поражений атеросклеротического генеза экстракраниальных сегментов артерий, кровоснабжающих головной мозг, путем определения эффективности применения эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы. Нами были проанализированы результаты 30 рентгеноэндоваскулярных вмешательств на сонных (22) и вертебральных (8) артериях, выполненных 30 пациентам в течение 2009–2012 годов. Среди пациентов было 25 мужчин и 5 женщин. Средний возраст мужчин составил $62 \pm 0,5$ лет, у женщин он равнялся $68 \pm 1,5$ годам.

Перед операцией пациентам выполнялось ангиографическое исследование аорты и артерий брахицефального русла. В результате исследования были выявлены: у 14 пациентов критический стеноз внутренней сонной артерии справа, у 6 пациентов – критический стеноз внутренней сонной артерии слева и у 2 пациентов – субокклюзия внутренней сонной артерии слева, причем в 1 случае – с клиникой острого ишемического инсульта в левом каротидном бассейне. Стенотическое поражение правой вертебральной артерии диагностировано в 5 наблюдениях, в 3 случаях патологический процесс локализовался в левой позвоночной артерии. Необходимо отметить, что в большинстве случаев эндоваскулярное вмешательство носило первичный характер и лишь у одного больного манипуляцию выполняли в зоне участка стеноза ранее выполненной каротидной эндалтерэктомии. Больному с острым ишемическим инсультом наряду со стентированием экстракраниального артериального сегмента осуществлен регионарный тромболизис внутричерепных сосудов.

Результаты и обсуждение. Всем больным выполнялось рентгеноэндоваскулярное вмешательство – установка внутрисо-

судистого имплантата, ангиопластика со стентированием сонных артерий. Необходимо отметить, что в большинстве случаев эндоваскулярное вмешательство носило первичный характер, и лишь у одного больного манипуляцию выполняли в зоне участка стеноза ранее выполненной каротидной эндартерэктомии. Больному с острым ишемическим инсультом наряду со стентированием экстракраниального артериального сегмента осуществлен регионарный тромболизис внутричерепных сосудов. Пациентам накануне вмешательства назначалась бинарная антитромботическая терапия: плавогрель 300 мг + аспирин 75 мг.

Абсолютное большинство операций проводилось под местной анестезией через бедренный доступ (25 вмешательств), плечевая артерия использована для доступа лишь у 5 пациентов. Во время вмешательства пациенту внутривенно вводился гепарин из расчета 70–100 ЕД на 1 кг массы тела.

Стентирование сонных артерий в некоторых случаях сопровождается образованием отломков атеросклеротических бляшек, и, как следствие – возможной микроэмболией сосудов головного мозга во время операции (интраоперационная дистальная эмболия).

Во избежание таких осложнений во время рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств использованы следующие принципы защиты головного мозга.

Система дистальной защиты, временный фильтр "RX Accunet Abbott" (США) – зонтик устанавливался во внутреннюю сонную артерию и улавливал крупные фрагменты и тромбы, не препятствуя кровотоку у 10 оперированных. Им имплантированы самораскрывающиеся стенты "RX Acculink Abbott". У 12 пациентов использованы проксимальные защитные системы "Mo-Ma Invatec" или "Mo-Ma ultra Invatec", состоящие из двух баллонов, устанавливаемых в общую и наружную сонные артерии, способствующие ретроградному (обратному) кровотоку в оперируемой внутренней сонной артерии во время эндолюминальной манипуляции. Применение двухбаллонного катетера осуществлено в сочетании с устройством, позволяющим промывать и отсасывать тромботические массы непосредственно в области дилатации. При проведении интервенции с использованием этой системы после выполнения дилатации бляшки и извлечения дилатационного баллона проводились промывание и экстракция тромботи-

ческих масс. Только после этого последовательно сдувались окклюзирующие баллоны и система извлекалась из артерии. Посредством такой интервенции установлены стенты Cristallo Ideale Invatec (Италия). Вертебральные артерии стентировались без использования системы защиты церебрального русла.

После выполнения эндовазальной процедуры больные переводились в отделение реанимации, где им в течение суток на фоне антитромботической терапии через дозатор титровался гепарин по 1000 ЕД в час. Интрадьюсер из артериального русла удалялся через 24 часа из общей бедренной артерии и вечером в день манипуляции из плечевой артерии.

Все операции были выполнены успешно. Во всех случаях достигнут оптимальный ангиографический результат, подтвержденный постманипуляционным исследованием. Интраоперационных осложнений у подавляющего большинства больных отмечено не было. Лишь у одного оперированного с протяженной субокклюзией внутренней сонной артерии справа, несмотря на проведение защитной процедуры, развился эпизод интраоперационной транзиторной ишемической атаки, купированный консервативными мероприятиями в течение 2 часов без развития неврологического дефицита. У всех пациентов было достигнуто улучшение кровообращения в сосудах головного мозга. Доказательством чего явилась положительная клиническая динамика состояния больных (пациенты отметили улучшение самочувствия, уменьшение головной боли, головокружения и улучшение зрения). В послеоперационном периоде пациентам рекомендовалось продолжение антитромботической терапии (плавогрель 75 мг в течение 6 месяцев и микродозы аспирина пожизненно). Больным с целью нормализации холестерина обмена также рекомендовался пожизненный прием статинов (10 мг в сутки).

Заключение. Таким образом, учитывая, что оптимальный ангиографический результат эндолюминальных интервенций при ангиопатологии каротидной и вертебральной локализации был достигнут в абсолютном количестве клинических наблюдений, а у пациентов отмечено клиническое улучшение состояния, данная методика является оптимальной и оправданной в большинстве первичных реваскуляризаций, особенно у больных с серьезной сопутствующей патологией. Малая травматичность метода, отно-

сительная простота выполнения, низкая частота операционных осложнений, а также отсутствие необходимости в длительном восстановительном периоде позволяет радикально улучшить и расширить объем хирургической помощи при коррекции стено- тических поражений экстракраниальных артерий каротидного и ба- зилирного сосудистых бассейнов.

Литературные ссылки

1. Фокин, А.А., Прык, А.В. Реконструктивные операции на сон- ных артериях. – М., 2006. – 192 с.
2. Rooke Thom W., Sullivan Timothy M., Jaff Michael R. Vascular Medicine and Endovascular Interventions. – Boston., 2007. – P. 251–259.
3. Thompson Matt M. Endovascular interventions for vascular disease: principles and practice. – Informa Healthcare USA inc., 2008. – P. 151–192.

ЯТРОГЕННЫЕ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА

*Воробей А.В.^{1,2}, Вижинис Е.И.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Ченик Д.А.³, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Лурье В.Н.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнте- рологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Перфорации пищевода по характеру возни- кающих осложнений и прогнозу исхода лечения являются одним из самых сложных видов хирургической патологии. Причинами перфорации являются экзогенное воздействие и эндогенный фак- тор. Нами разработана классификация перфораций пищевода по этиологии (Воробей А.В., Вижинис Е.И., 2012):

1. Экзогенное воздействие:

- закрытая травма шеи, грудной клетки и брюшной полости
- открытая травма шеи, грудной клетки и брюшной полости
- инородные тела пищевода
- ожоги пищевода

- ятрогенная травма
- перфорация (пролежень) трахеи после продленной ИВЛ

2. Эндогенный фактор:

- перфорация язвы пищевода
- перфорация опухоли пищевода
- перфорация дивертикулов пищевода
- спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве)
- контактный разрыв вследствие деструктивного процесса на шейном и в средостении (формирующиеся пищеводно-трахеальные и пищеводно-бронхиальные свищи).

Свыше 70% случаев перфорации пищевода является следствием ятрогенных его повреждений. Это обусловлено ростом количества оперативных вмешательств на органах шеи, грудной клетки и средостения; возрастающим применением диагностических и лечебных манипуляций с использованием фиброволоконной оптики, процедур бужирования, стентирования пищевода, кардиодилатации.

Цель исследования. Определить причины возникновения ятрогенных перфораций пищевода, способы их диагностики и методики оперативного лечения.

Материалы и методы. С 2004 по 2011 годы наблюдали 38 пациентов с перфорацией пищевода. У 20 (71,4%) из них перфорация наступила вследствие ятрогенного воздействия. Причинами были форсированное бужирование пищевода по поводу рубцовой стриктуры, оперативные вмешательства на абдоминальном и нижнегрудном отделах пищевода в связи с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Пищеводно-трахеальные свищи, сформировавшиеся вследствие длительной интубации трахеи при выполнении продленной ИВЛ мы также включили в группу ятрогенных перфораций. Ряд пациентов с повреждением пищевода были госпитализированы в хирургические отделения районных больниц и оперированы выездными бригадами клиники по линии Центра экстренной медицинской помощи Минской области.

Мы применяли следующий алгоритм необходимого обследования при подозрении на перфорацию пищевода: обязательное рентгенологическое полипозиционное исследование с контрастированием пищевода; эндоскопическое обследование с фистуло-

графией при необходимости уточнения топографии затека; компьютерную томографию, МРТ, УЗИ-исследование клетчаточных пространств шеи.

Результаты. Основные принципы оперативного лечения перфораций пищевода, которые мы использовали для оказания помощи пострадавшим:

1. Операция выполняется по срочным показаниям после интенсивной предоперационной подготовки.

2. Необходимы широкое раскрытие и санация околопищеводных клетчаточных пространств в зоне перфорации.

3. Выполняется отключение пассажа пищевых масс по пищеводу (шейная эзофагостомия, гастро- или энтеростомия для последующего энтерального питания).

4. По мере возможности производится стентирование пищевода для исключения попадания содержимого ротовой полости за пределы пищеводной трубки.

При перфорации шейного отдела пищевода операцию выполняли по методике, разработанной в нашей клинике. Цель предложенной методики – широкое раскрытие и «сквозное» дренирование глубоких клетчаточных пространств шеи и средостения. При перфорации грудного отдела пищевода выполняли торакотомию со стороны преобладающего поражения средостения и плевральной полости, широкую медиастинотомию, санацию, дренирование средостения и плевральной полости. В четырех случаях применили малоинвазивный метод – торакоскопическую медиастинотомию. В последние годы для лечения стриктур, перфораций, пищеводных свищей начали применять металлические (нитиновые) саморасширяющиеся стенты с покрытием. Данную методику применили у четырех пациентов с перфорациями грудного отдела пищевода. Стент сохраняли в просвете пищевода 1,5–2 месяца. В случае миграции в дистальные отделы желудочно-кишечного тракта стент удаляли. Экспозиция стента в просвете пищевода 1,5–2 месяца была достаточной для купирования гнойно-воспалительного процесса в средостении и плевральной полости, активного образования грануляционной ткани, формирования трубчатых свищей. Применение саморасширяющихся нитиновых стентов с покрытием при перфорации пищевода обеспечило герметизацию пищеводной трубки и возможность

раннего кормления пострадавших естественным путем.

В послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Причиной смерти были гнойный медиастинит, пневмония, сепсис, прогрессирующая полиорганная недостаточность, профузное арозивное кровотечение.

Заключение

1. При подозрении на повреждение пищевода необходимо выполнить необходимый алгоритм обследования для своевременной диагностики перфорации.

2. Операция выполняется по срочным показаниям после интенсивной подготовки. Объём операции включает санацию и активное дренирование околопищеводной клетчатки по одной из предложенных методик, отключение пищеводной трубки из пассажа, стентирование пищевода, питательную гастро- или еюностому.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Воробей А.В.^{1,2}, Гришин И.Н.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2},
Бутра Ю.В.^{2,3}, Лурье В.Н.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Вижинис Ю.И.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. В период 2010–2012 гг. выполнено 66 резекционно-дренирующих операций у пациентов с хроническим панкреатитом. Из них 48 (72,3%) были повторными, 24 (36,4%) пациента оперированы два и более раз. Все эти пациенты имели панкреатическую гипертензию, в 48,5% – билиар-

ную, в 51,5% – портальную; в 22,7% – явления дуоденальной непроходимости. У 92,4% больных явления билиарной и портальной гипертензии, дуоденальной непроходимости сочетались. У 90,9% пациентов выявлены конкременты в протоковой системе поджелудочной железы (ПЖ). Резекцию паренхимы головки и тела ПЖ выполняли рандомизированно: традиционно с использованием моно- и биполярной коагуляции с дополнительным лигированием ветвей панкреатодуоденальных артерий ($n=31$) и с применением высокоэнергетического трехволнового лазера МУЛ ($n=28$) производства Республики Беларусь. В аппарате МУЛ применена лазерная система, позволяющая осуществлять работу на трех различных длинах волн (1,06 нкм, 1,32 нкм, 1,44 нкм), генерируемых одним генератором с выходной средней мощностью до 100 Вт с возможностью их быстрого переключения. Данные свойства аппарата обуславливают возможность его широкого применения практически во всех разделах хирургии. При выполнении резекции ПЖ, как правило, использовали лазерное излучение с длиной волны 1,32 мкм и мощностью 36–45 Вт в режиме резания и коагуляции.

Результаты. Использование лазерного иссечения головки ПЖ при выполнении резекционно-дренирующих операций позволило обеспечить стойкий, надежный гемостаз, уменьшить объем кровопотери при выполнении резекции головки ПЖ (189 ± 38 мл) по сравнению с техникой гемостаза с использованием электрокоагуляции (311 ± 41 мл). При этом не требовалось дополнительного лигирования сосудов или прошивания ткани железы. Одним из специфических свойств лазерного излучения является вапоризация (высушивание) обрабатываемых тканей. В предложенном варианте лазерного иссечения головки ПЖ происходило уплотнение ткани железы по краю резекции, что облегчало формирование ПЕА, повышало его герметичность и сокращало время выполнения резекции (42 ± 12 мин.) по сравнению с традиционной техникой (55 ± 16 мин.). Проведено сравнение результатов электрокоагуляционного и лазерного методов дуоденосохраняющих резекций головки ПЖ.

Таблица 1 – Рандомизированное сравнение результатов электрокоагуляционного и лазерного методов резекции поджелудочной железы

Способ резекции ПЖ	Электро- коагуляционный	Лазерный	Всего
Количество операций	31	28	59
Время резекции, мин	55±16	42±12	51±14
Кровопотеря, мл	311±41	89±28	204±34
Гемостаз	Требуется дополни- тельное лигирование	Полный	
Коагуляционный струп	Грубый, глубокий	Нежный, по- верхностный	
Послеоперационные осложнения	9 (29,0%)	3 (10,7%) p<0,05	12 (20,3%)
Ограниченный некроз ДПК	3	-	3 (5,1%)
Стриктура холедохо- пластики	1	-	1 (1,7%)
Послеоперационные кро- вотечения их ложа ПЖ	3	-	3 (5,1%)
Панкреатическая фис- тула	-	1	1 (1,7%)
Несостоятельность ПЕА	1	-	1(1,7%)
Ишемический оментит	1	-	1 (1,7%)
Инфицирование после- операционной раны	-	1	1 (1,7%)
Перфорация ДПК	-	1	1 (1,7%)
Релапаратомии	5	1	6 (10,2%)

Послеоперационные осложнения при электрохирургической технике резекции ПЖ развились в достоверно большем количестве случаев (31,9%), чем при лазерной технологии резекции ПЖ (11,5%). $p<0,05$. Особенно важным представляется то обстоятельство, что при лазерных резекциях ПЖ не было случаев желудочно-кишечных послеоперационных кровотечений и несостоятельств ПЕА.

Заключение. Лазерная резекция паренхимы поджелудочной железы при ХП является перспективной технологией в хирургии хронического панкреатита. Лазерные резекции ПЖ достоверно

снижают уровень послеоперационных осложнений в хирургии хронического панкреатита за счет:

а) полный гемостаз без дополнительного лигирования или клипирования, что сокращает время операции, уменьшает объем кровопотери;

б) образующийся нежный струп на поверхности ПЖ, эффект лазерной кавитации и литотрипсии способствуют отхождению после операции в просвет ПЕА мелких конкрементов их tributaryducts (протоков 2-3 порядка);

в) уплотнение ткани ПЖ после лазерной резекции, что повышает надежность продольного ПЕА.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Воробей А.В.^{1,2}, Гришин И.Н.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Бутра Ю.В.^{2,3},
Лурье В.Н.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2}, Вижинис Ю.И.^{1,2}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. С 1990 по 2011 годы в РЦРХГ, КП и ЛХ оперировано 495 пациентов с ХП. У них выполнены 37 резекционных операций (ПДР – 13, дистальная резекция – 22, в т.ч. 4 – с дистальным панкреатоеюноанастомозом, центральная резекция – 2), 66 резекционно-дренирующих операций (операция Frey – 7, Бернская модификация операции Beger – 59, в т.ч. с продольной панкреатовирсунгоеюностомией – 26, V-образным иссечением тела поджелудочной железы (ПЖ) по Izbicki – 5, вирсунгэктомией – 5. При этом в 25 случаях выполнена супрапапиллярная холедопанкреатостомия (ХПС). Произведено 262 дрени-

рующих операций (по Partington-Rochelle – 50, внутреннее дренирование кист – 104, наружное дренирование кист и панкреатического протока – 108 наблюдений), 61 различная модификация желчеотводящих операций при билиарной гипертензии, 24 операции при дуоденальной непроходимости (ГЭА – 21, дуоденоюностомия – 3), 45 операций по поводу ложных аневризм артерий зоны ПЖ. Из 353 выполненных резекционных, резекционно-дренирующих операций и операций внутреннего дренирования панкреатического протока и кист 46% были повторными на органах брюшной полости. В структуре повторных вмешательств первичные операции непосредственно на ПЖ составили 52%.

Результаты. Послеоперационные осложнения составили 24,3%, послеоперационная летальность – 3,6%. Наибольшая летальность была после резекционных операций (14%) и «открытых» операций по поводу артериальных аневризм (40%). В случае выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств при артериальных аневризмах летальности не было. В 2010 году в центре внедрены современные резекционно-дренирующие операции (n-66). Из них 48 (72,3%) были повторными, 24 (36,4%) пациента оперированы два и более раз. В структуре предыдущих операций 32% было выполнено по поводу острого панкреатита, 20% – внутреннее дренирование панкреатических кист, 24% – продольный ПЕА на петле по Ру, 24% – операции на желчных путях и желудке. Все эти пациенты имели панкреатическую гипертензию, в 48,5% – билиарную, в 51,5% – портальную; в 22,7% – явления дуоденальной непроходимости. У 92,4% больных явления билиарной и портальной гипертензии, дуоденальной непроходимости сочетались. У 90,9% пациентов выявлены конкременты в протоковой системе ПЖ. Резекцию паренхимы головки и тела поджелудочной железы в 28 случаях выполнили с помощью трехволнового лазера МУЛ-хирург (производства Беларусь). Использование лазерного иссечения позволяет обеспечить стойкий, надежный гемостаз, не требуется дополнительного лигирования или прошивания ткани железы, уплотняется ткань железы, что облегчает формирование панкреатикоеюноанастомозов, сокращает время выполнения резекции по сравнению с традиционной техникой. После выполнения дуоденум сохраняющих резекций головки ПЖ осложнения развились в 20,3% случаев, послеопераци-

онной летальности не отмечено.

Заключение. Оптимальным вариантом резекционно-дренирующих операций при хроническом панкреатите после ранее выполненных хирургических вмешательств на поджелудочной железе является Бернский вариант операции Beger с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой и продольной панкреатовирсунготомией или V-образным иссечением тела поджелудочной железы по Izbicki с панкреатикоеюностомией на петле по Ру. Лазерная резекция паренхимы поджелудочной железы при ХП является перспективной технологией в хирургии хронического панкреатита. Рентгенэндоваскулярные вмешательства являются операциями выбора при формировании ложных аневризм артерий зоны поджелудочной железы.

ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ПЕЙТЦА–ЕГЕРСА

*Воробей А.В.^{1,2}, Лагодич Н.А., Александров С.В.,
Денисова Л.П., Тихон В.К., Высоцкий Ф.М.*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Синдром Пейтца–Егерса – аутосомно-доминантно наследуемое заболевание, характеризующееся полипозом желудочно-кишечного тракта в ассоциации с меланиновой пигментацией на коже и слизистых оболочках. Несмотря на достаточно редкую встречаемость, данный синдром имеет важное социальное значение по ряду факторов. Во-первых, больные с синдромом Пейтца–Егерса страдают злокачественными опухолями органов пищеварения и репродуктивной системы, по данным разных авторов, в 9,9 раза чаще, чем в целом в популяции. Во-вторых, клиническое течение данного синдрома связано с риском

развития тонкокишечных инвагинаций, требующих экстренных оперативных вмешательств, в ряде случаев неоднократных лапаротомий с резекцией значительного участка тонкой кишки. Это приводит к выраженному спаечному процессу брюшной полости и некорригируемому синдрому нарушения кишечного пищеварения и всасывания, развитию тяжелой трофологической недостаточности, и, как следствие, инвалидизации пациента. Своевременная дооперационная диагностика поможет избежать подобного рода осложнений. Прорывом в диагностике и лечении эпителиальных новообразований тонкой кишки стало внедрение в клиническую практику двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ).

Цель исследования. Анализ собственных первых результатов проведения диагностической и лечебной ДБЭ у пациентов с синдромом Пейтца–Егерса.

Материалы и методы. В Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦРХГ, КП и ЛХ) на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» с марта 2009 г. по июль 2012 г. выполнено 224 ДБЭ-исследования у 169 пациентов. Из них с синдромом Пейтца–Егерса ДБЭ выполнена у 5 пациентов – 2 женщин и 3 мужчин в возрасте от 16 до 42 лет (средний возраст – 29 ± 12 лет). Ранее оперативные вмешательства по экстренным показаниям по поводу инвагинационной тонкокишечной непроходимости проведены у 4 пациентов с синдромом Пейтца–Егерса (из них 2 больных оперированы дважды).

Показания к применению ДБЭ были следующие: наличие полипов в верхних и нижних отделах ЖКТ, неоднократные эндоскопические полипэктомии верхних и нижних отделов ЖКТ в анамнезе, перенесенные лапаротомии по поводу инвагинационной кишечной непроходимости, вызванной полипом тонкой кишки. Для выполнения двухбаллонной энтероскопии применяли стандартную видеоэндоскопическую систему фирмы Fujinon (Япония), состоящую из видеоэнтероскопа EN-450P5 с инструментальным каналом 2,2 мм, внешней трубки с дистальным баллоном на конце, а также инсуффлятора.

Результаты. В нашем наблюдении синдром Пейтца–Егерса выявлен у 5 пациентов на основании следующих признаков: наличие характерной меланиновой пигментации, гистологически

подтверждённых полипов Пейтца–Егерса и семейного анамнеза – 2 пациента; наличие меланиновой пигментации и более 2-х гистологически подтверждённых полипов – 3 пациента. Малигнизация гамартomatного полипа в зоне дуоденоеюнального изгиба наступила у 1 пациентки. Полипы толстой кишки отмечались у всех 5 пациентов, в желудке – у 4.

Эндоскопическая полипэктомия выполнена у всех 5 пациентов. В первую очередь удаляли полипы размером 1,0 см в диаметре и более. Наиболее крупное образование составляло 6,0 см в диаметре. В одном случае потребовалась этапная полипэктомия. У 3 пациентов достичь полной санации тонкой кишки через ДБЭ не удалось. Открытая интраоперационная энтероскопия с полипэктомией выполнена в 2 случаях. У 1 пациентки при выраженном спаечном процессе брюшной полости, обусловленном неоднократными лапаротомиями, ДБЭ-полипэктомия осуществлена под контролем лапароскопа после выполнения лапароскопического висцеролиза. Клинически значимое кровотечение из ложа удалённого полипа тощей кишки встретилось у 1 пациентки в первые сутки после исследования – остановлено эндоскопически.

Выводы:

1. Двухбаллонная энтероскопия является высокоинформативным лечебно-диагностическим методом исследования тонкой кишки, позволяющим проводить диагностику эпителиальных новообразований в ранней стадии до развития осложнений, корректно и дифференцированно определять дальнейшую лечебную тактику.

2. Эндоскопическая полипэктомия через ДБЭ позволит избежать необходимости повторных экстренных операций с резекцией тонкой кишки и развитием синдрома укороченной тонкой кишки.

3. Лапароскопически ассистированная ДБЭ-полипэктомия является малоинвазивным и относительно безопасным способом лечения полипозов тонкой кишки при выраженном спаечном процессе брюшной полости вследствие ранее перенесенных хирургических операций.

Литературные ссылки

1. Calva D, James R. Howe. Hamartomatous polyposis Syndromes. Surg Clin North Am. – 2008; 88: 4: 784–785.
2. Kopacova M, Tacheci I, Rejchrt S et al. Peutz-Jeghers syndrome:

Diagnostic and therapeutic approach. World J Gastroenterol. – 2009; 15:43.

3. Gammon A, Jaspersen K, Kohlmann W et al. Hamartomatous polyposis Syndromes. Best Pract Res ClinGastroenterol. – 2009; 23:2: 219 –231.

СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

***Воробей А.В.^{1,2}, Лурье В.Н.^{1,2}, Вижинис Е.И.^{1,2},
Шулейко А.Ч.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2}, Карпович Д.И.,
Жих О.Д., Аскальдович Е., Коростелев Д.Ю.***

**ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,**

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Введение. Сосудистые осложнения ОНП включают: венозные тромбозы портальных, селезеночных и брыжеечных сосудов, диффузные кровотечения из варикозно расширенных вен, ишемические некрозы с образованием инфаркта селезенки и некроза желудка, тонкой и толстой кишок, аррозии сосудов с образованием ложных аневризм (ЛА). Наиболее опасным является образование ложных аневризм висцеральных сосудов, вовлеченных в некротический процесс. По данным разных авторов [1–6], частота их возникновения колеблется от 1,3 до 10%. Самой частой причиной возникновения аневризм является аррозия сосудов псевдокист (жидкостных скоплений) поджелудочной железы. Считается, что развитие постнекротических кист осложняет течение хронического панкреатита у 21% больных [7]. По нашим данным, жидкостные скопления у пациентов с ОНП встречаются в 86%. Развитие кровотечения в постнекротическую кисту является грозным осложнением и сопровождается летальностью до 80% [8]. По

мнению разных авторов, в настоящее время нет единой тактики в лечении пациентов с сосудистыми осложнениями острого панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2012 гг. в Республиканском центре хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии на базе 3-х хирургических отделений Минской областной клинической больницы (МОКБ) находились на лечении 588 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом. Диагностический комплекс обследования включал: рентгенографию брюшной полости, ФГДС, УЗИ с дуплексным сканированием сосудов, КТ, МРТ, ангиографию.

Результаты. У 44 (7,48%) из 588 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом в нашей серии установлен диагноз ложной аневризмы сосудов бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. Из них у 41 (93,17%) псевдоаневризма диагностирована после перенесенного ОНП, 1 (2,27%) – после реконструктивной операции на органах панкреатобиллиарной системы, 1 (2,27%) – в результате травмы (проникающее ножевое ранение брюшной полости) и у 1 (2,27%) – неустановленной этиологии. У всех пациентов (n=41) ложная аневризма выявлена в период от 1 недели до 2-х лет после начала основного заболевания. Возраст пациентов составлял от 29 до 73 лет. В наблюдениях с острым панкреатитом преобладали мужчины – 31 (75,6%), женщин было 10 (24,4%).

13 (29,5%) ЛА диагностированы интраоперационно (лапаротомия по поводу аррозивного кровотечения в псевдокисту на фоне ОНП с ее последующим разрывом и клиникой массивного внутрибрюшного кровотечения). У 31 (70,4%) пациента – после обследования (рентгенография брюшной полости, ФЭГДС, УЗИ с дуплексным сканированием сосудов, КТ, МРТ, ангиография).

Наиболее распространенный источник среди выявленных ЛА (n=31) – селезеночная артерия (СА) – 14 (45,2%) случаев. Ложная аневризма гастродуоденальной артерии (ГДА) имела в 11 (35,5%) наблюдениях. Печеночная артерия (ПА) была источником аневризмы у 3 (9,7%) пациентов, левая желудочная артерия (ЛЖА) – у 1 (3,2%) пациента, собственная артерия желчного пузыря (САЖП) – у 1 (3,2%). В 1 (3,2%) наблюдении выявили

2 самостоятельных ЛА, исходящих из ПА и ГДА. У 1 пациента диагностировали двойную ЛА СА, у 1 – двойную ЛА ГДА с прорывом в желчный пузырь.

Топографическое расположение ЛА (n=44) было следующее: 23 (52,3%) – в проекции головки поджелудочной железы (ПЖ), 12 (27,3%) – в проекции тела ПЖ, 9 (20,4%) – в проекции хвоста. Диаметр питающих аневризмы сосудов (n=31) составил, по данным ангиографии, от 2,1 до 7,2 мм.

В период с 2002 по 2012 гг. в Республиканском центре хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии выполнена 31 транскатетерная эндоваскулярная эмболизация у пациентов с сосудистыми осложнениями ОНП, что составило 70,4% от общего числа операций у пациентов с данной патологией. При подтверждении диагноза ложной аневризмы сосудов чревного ствола вначале эмболизировали участок сосуда дистальнее аневризмы. После исчезновения дистального кровотока выполняли проксимальную (выше аневризмы) эмболизацию. Рецидивы кровотечения зарегистрированы у 2 (6,4%) пациентов на 6 и 14 сутки после ангиоэмболизации. В первом случае гемостаз восстановлен реэмболизацией, во втором выполнили экстренную лапаротомию в связи с отсутствием соответствующего оснащения в районной больнице Минской области. Осложнений, требующих хирургического вмешательства после ангиоэмболизации, не было. Летальности у пациентов вышеуказанной группы не было.

Заключение

1. Проблема кровотечений вследствие ложных аневризм висцеральных артерий становится все более актуальной. По нашим данным, 93,2% ложных аневризм развились вследствие перенесенного острого некротизирующего панкреатита. Последний, как известно, характеризуется повсеместно «эпидемическим» ростом.

2. Основная роль в лечении острой сосудистой патологии при ОНП должна отводиться малоинвазивным эндоваскулярным технологиям. Однако остаются открытыми вопросы:

а) о выборе конкретного метода эмболизации в зависимости от клинической ситуации;

б) о необходимости профилактической эмболизации при ранних постнекротических аррозивных и паренхиматозных кро-

вотечениях;

в) об оптимизации техники эмболизации для снижения числа повторных кровотечений.

Литературные ссылки

1. Bergert H., Dobrowolski F., Caffier S. et al. Prevalence and treatment of bleeding complications in chronic pancreatitis. *Langenbecks Arch Surg* 2004; 389:504–510.

2. Iwama Y., Sugimoto K., Zamora C.A. et al. Transcatheter embolization of splenic artery pseudo-aneurysm rupturing into colon after post-operative pancreatitis. *CardiovascIntRadiol* 2006; 29:133–136.

3. Masatsugu T., Yamaguchi K., Yokohata K. et al. Hemorrhagic pseudocyst and pseudocyst with pseudoaneurysm successfully treated by pancreatectomy: report of three cases. *J HepatobilPancreatSurg* 2000; 7:432–437.

4. Sparrow P., Asquith J., Chalmers N. Ultrasonic-Guided Percutaneous Injection of Pancreatic Pseudoaneurysm with Thrombin. *CardiovascIntRadiol* 2003; 26:312–315.;

5. Кригер, А.Г., Коков, Л.С., Кармазановский, Г.Г., Кунцевич, Г.И., Федоров, В.Д., Барбин, П.Б., Тарбаева, Н.В. Ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола у больных хроническим панкреатитом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – Т. 12. – С. 17–23.;

6. Kane M.G., Krejs G.J. Pancreatic pseudocyst. *Adv. Intern. Med.* 1984; 29: 271–300.

7. Hanyu E, Imaizumi T. et al., *Pancreas. RinshoGekagaku* 3, Shoukai-gekagaku. Tokyo: Asakura; 1999; 389–432.

8. Kane M.G., Krejs G.J. Pancreatic pseudocyst. *Adv. Intern. Med.* 1984; 29: 271–300.

ДВУХБАЛЛОННАЯ ЭНТЕРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕАТИКОЕЮНОСТОМИЙ

*Воробей А.В.^{1,2}, Шулейко А.Ч.^{1,2}, Орловский Ю.Н.^{1,2},
Бутра Ю.В.^{2,3}, Лагодич Н.А.^{2,3}, Дергачева Н.В.^{2,3}*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости хроническим панкреатитом. При хирургическом лечении этой патологии широкое применение нашли резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие операции с использованием панкреатикоеюноанастозов (ПЕА) на петле по Ру. Данные операции имеют свои специфические осложнения, диагностика которых представляет серьезные трудности. Кроме того, остается много недостаточно изученных проблем, касающихся длительности и адекватности функционирования наложенных ПЕА. Сегодня единственным возможным методом диагностики патологии ПЕА на петле по Ру является МРТ – панкреатография, которая имеет ограниченные диагностические возможности и ряд противопоказаний. С появлением двухбаллонной энтероскопии возникают новые возможности для визуальной оценки функционирования панкреатодигестивного соустья.

Цель исследования. Сообщить о возможностях ДБЭ в диагностике и коррекции осложнений ПЕА после резекционных, дренирующих и резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе с использованием петли по Ру.

Материал и методы. В 2010–2012 гг. в РЦ РХГ, КП и ЛХ 13 пациентам с использованием ДБЭ был проведен трансоральный (антеградный) осмотр ПЕА через петлю тощей кишки по Ру. Производили визуальный осмотр зоны соустья и его канюлирование при стриктурах ПЕА с целью контрастирования его внутрипанкреатического отдела, а также для выполнения малоинвазивных вмешательств. По показаниям брали биопсию из стенки

петли тощей кишки по Ру и поджелудочной железы. Возраст пациентов варьировал от 32 до 65 лет. Ранее этим пациентам были выполнены в различных лечебных учреждениях Республики Беларусь дренирующие (5 наблюдений), резекционно-дренирующие (6 наблюдений) операции на ПЖ по поводу ХП и ПДР по Whipple (2 наблюдения) по поводу псевдотуморозного панкреатита и опухолей головки ПЖ. Сроки выполнения ДБЭ после первичной операции составили от 3 до 24 месяцев. Среднее время ДБЭ-осмотра петли тощей кишки и панкреатодигестивного анастомоза составило 85 ± 14 мин.

Результаты. Осмотреть зону ПЕА удалось у 11 (90%) из 13 пациентов. При осмотре было установлено, что в 4 наблюдениях анастомоз функционировал адекватно с выделением панкреатического содержимого, диаметр его был 1–3 мм. В других случаях при выполнении ДБЭ были выявлены следующие поздние осложнения после операций на ПЖ: стриктура ПЕА после операции Partington-Rochelle – 2, стриктура ХПС после операции Frey – 1, несостоятельность ПЕА после Бернского варианта операции Beger – 1, остаточные конкременты в области ПЕА – 2.

С помощью ДБЭ изучено формирование ПЭА в разные временные периоды от 1 до 6 месяцев. Установлено, что формирование анастомоза завершается к 5–6 месяцу. По нашему мнению, выполнение ДБЭ показано не ранее чем через 3 месяца после формирования ПЕА ввиду возможности развития несостоятельности в более ранние сроки.

При проведении динамической ДБЭ выполнены хирургические манипуляции: биопсия зоны анастомоза, лазерная литотрипсия остаточных конкрементов поджелудочной железы в зоне ПЕА, лазерная реканализация стриктуры холедохопластики.

Заключение. Двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ) позволяет осмотреть зону ПЕА, которая до настоящего времени была недоступна для визуализации традиционными эндоскопами. В проведенном исследовании ДБЭ удалось выполнить в 85% наблюдений, при этом диагностировать специфические осложнения ПЕА: стриктуру и несостоятельность, стриктуру ХПС, остаточные конкременты ПЖ. Установлены закономерности формирования ПЭА. ДБЭ является новым малоинвазивным методом коррекции осложнений после наложения панкреатодигестивных анастомозов.

ХОЛЕДОХОТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ И МЕТОДЫ ЕЕ ЗАВЕРШЕНИЯ

Гарелик П.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургические вмешательства на внепеченочных желчных путях являются одними из самых распространенных. Если удаление желчного пузыря стало широкодоступной операцией, то вмешательства на внепеченочных желчных протоках, особенно со вскрытием их просвета, являются достаточно сложными. С течением времени меняются взгляды хирургов на показания к холедохотомии, обсуждаются методы ее завершения, актуальным остается выбор способа наложения билиодигестивного анастомоза (БДА).

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 212 больных с механической желтухой различного генеза, у которых во время лапаротомии производилась холедохотомия. Мужчин было 86, женщин 126 в возрасте от 29 до 85 лет. У всех пациентов имела разную степень выраженности механическая желтуха с колебаниями содержания билирубина в крови от 38 до 400 мкмоль/л. У 25 человек из анализируемой группы ранее уже выполнялась холецистэктомия и их можно отнести к пациентам с постхолецистэктомическим синдромом.

Результаты. При операциях на желчных протоках мы уделяли должное внимание выбору операционного доступа. У ряда больных операции выполняли из верхнесрединного разреза. Однако, если мы заранее планировали наложения билиодигестивного анастомоза и, особенно, при повторных операциях, предпочтения отдавали доступам, которые выполняются разрезом параллельно правой реберной дуге. Интраоперационные обследования желчных путей и органов брюшной полости проводили общепринятыми методами. У всех анализируемых больных имело место расширение гепатикохоледоха от 1,2 до 5,0 см. Причины, вызвавшие желчную гипертензию и расширение желчных протоков и послужившие показаниями для вскрытия их просвета: холедо-

холитиаз – у 107 больных, опухоли желчных протоков, большого дуоденального сосочка (БДС) и головки поджелудочной железы у 89, хронический панкреатит у 6, рубцовые стриктуры холедоха у 4, гнойный холангит у 4, изолированный стеноз БДС у 2.

У всех больных выполнялась продольная супрадуоденальная холедохотомия или холедохогепатикотомия. Продление разреза на общий печеночный желчный проток производилось при коротком холедохе, длина, на которую рассекался гепатикохоледох, зависела от показаний для вскрытия протоков. При холедохолитиазе холедохотомическое отверстие соответствовало наибольшему диаметру удаляемых камней и колебалось от 8 до 30 мм. Если холедохотомия производилась для последующего наложения билиодигестивного анастомоза, то рассечение протока выполнялось на протяжении 20–25 мм.

При выборе способа завершения холедохотомии мы поступали в каждом конкретном случае индивидуально. Так, при холедохолитиазе, при наличии небольшого количества (2–3) крупных камней, полной уверенности в удалении их и достаточной проходимости желчных протоков холедохотомия завершалась наружным дренированием холедоха. Это пособие было выполнено у 44 пациентов одним из известных способов: по Керу, Вишневскому, Кертте. В последние годы отдаем предпочтение наружному дренированию холедоха по Керу. Аналогичным способом завершалась холедохотомия еще у четырех пациентов, у которых причиной желтухи был гнойный холангит, и у 4 человек после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

У 145 больных холедохотомия была завершена наложением БДА. Показания для выполнения этой операции были следующие: холедохолитиаз (множественные камни в холедохе и отсутствие полной уверенности в их удалении) – у 59 больных, неудаляемые опухоли терминального отдела холедоха и головки поджелудочной железы у 76 пациентов, хронический панкреатит у 6 и рубцовые стриктуры терминального отдела холедоха у 4 человек. При холедохолитиазе методом выбора было наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА). К этому виду соустья прибегали и у онкологических больных в случаях нераспространения опухоли на 12-перстную кишку. У 22 пациентов с вовлечением в опухолевый процесс 12-перстной кишки и у 4 человек с рубцо-

выми стриктурами терминального отдела холедоха желчеотток восстанавливали путем формирования гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки. ХДА накладывали следующими методами: по Флеркену у 84 человек, по Финстере-ру у 25, по Юрашу–Виноградову у 6, лепестковый антирефлюкс-ный анастомоз (собственная методика, патент РБ № 6150; 2004 г.) у 3. Предпочтение в выборе способа ХДА отдавалось методу Флеркена, исходя из того, что по этой методике накладывается ромбовидный зияющий анастомоз (меньше случаев развития холангита), а при двух других методах образуется щелевидный анастомоз. В отличие от желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов, где соустье формируется двумя, иногда и тремя рядами швов, БДА во всех случаях формировались однорядным внутри-узелковым швом атравматичной нитью. Несостоятельность холедоходуоденоанастомоза наступила у трех больных с одним летальным исходом. Считаем обязательным дополнением ХДА, независимо от способа его наложения, наружное дренирование холедоха по Холстеду–Пиковскому с целью декомпрессии ХДА. Выполняли это пособие у большинства больных, за редким исключением, когда был облитерирован просвет пузырного протока. У 7 больных с неудаляемыми опухолями протоков в области ворот печени, с целью билиарной декомпрессии и разрешения холестаза после холедохотомии выполнялось бужирование или туннелирование протоков и выше опухоли устанавливалась дренажная трубка, выведенная наружу через холедохотомическое отверстие.

Заключение. Вскрытие желчных протоков при хирургическом лечении заболеваний органов панкреатобилиарной зоны является довольно распространенной операцией. Завершение холедохотомии наружным дренированием протоков или наложением билиодигестивного анастомоза зависит от показаний к этой операции в каждом конкретном случае. По нашим наблюдениям наиболее выгодным в функциональном отношении является холедоходуоденоанастомоз по методу Флеркена.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДО И ПОСЛЕ СТАНДАРТНОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Гарелик П.В.¹, Батвинков Н.И.¹, Могилевец Э.В.¹, Русин И.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Важная роль придается состоянию иммунореактивности организма при хирургических заболеваниях билиарной системы. Многими авторами показано, что еще до операции в иммунной системе больных калькулезным холециститом имеются существенные нарушения, а хирургическая агрессия и наркоз являются причиной срыва неустойчивого равновесия параметров противoinфекционной защиты [1, 2, 3, 5]. При наличии в организме очага хронической либо острой инфекции характеристики иммунокомпетентных клеток и иммунологических молекул в нем могут значительно отличаться от характеристик тех же типов клеток и молекул, циркулирующих в крови [2, 4, 5].

Целью работы являлось, наряду с изучением системы общего иммунитета, изучить состояние местного иммунитета в отделяемом из подпеченочного пространства у больных ЖКБ после стандартной и модифицированной лапароскопической холецистэктомии как среде, максимально приближенной к зоне оперативного вмешательства и, следовательно, наиболее информативной в отношении происходящих там «иммунологических баталий».

Материалы и методы исследований. Под наблюдением находились 2 группы пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Основная группа: 31 пациент. Средний возраст составил $51,2 \pm 2,14$ года. Мужчин было 2 (7%) женщин 29 (94%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 23 (74%), острый – у 8 (26%). Контрольная группа: 60 пациентов после лапароскопической холецистэктомии. Средний возраст составил $51,4 \pm 1,51$ года. Мужчин было 8 (13%) женщин 52 (87%). Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 45 (75%),

острый – у 15 (25%). Всем пациентам выполнялась лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальным наркозом. В основной группе после обработки пузырного протока и артерии в ложе желчного пузыря с помощью тонкой иглы, введенной через прокол брюшной стенки, из 2-х проколов по сторонам от тела желчного пузыря в области переходной складки брюшины между печенью и желчным пузырем вводилось 50 мл раствора. Состав раствора: 5% аминокaproновой кислоты 50 мл + 0,4 мл 0,18% адреналина гидратартрата + 1 мл 1% раствора эмоксипина. После этого желчный пузырь выделялся с помощью прецизионной коагуляции сосудистых ветвей. Также в основной группе после удаления желчного пузыря на его ложе укладывалась салфетка «Оксицеланим», состоящая из окисленной целлюлозы и содержащая иммобилизованный гентамицин и тимоген. На данный способ операции получен патент на изобретение РБ № 11967 «Способ лапароскопической холецистэктомии». Пациентам в венозной крови перед операцией и на первые сутки после нее, а также в жидкости, полученной по дренажу из подпеченочного пространства, после операции проводилось иммунофенотипирование лимфоцитов с определением кластеров дифференциации CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 (В-лимфоциты), CD25, CD95, измеряли гемолитическую активность, определяли уровни циркулирующих иммунных комплексов, а также изучали функциональную активность нейтрофилов, включающую определение фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса нейтрофилов с культурой золотистого стафилококка. Статистический анализ данных проводили с использованием пакета программ STATISTICA 6.

Результаты. После операции в контрольной группе в венозной крови отмечается повышение содержания нейтрофилов на 80,88% и лимфоцитов на 40%, а также снижение процентного содержания и абсолютного количества CD3-лимфоцитов, в то время как в основной группе было выше процентное содержание и абсолютное количество нейтрофилов, процентное содержание лимфоцитов, CD3-лимфоцитов, CD4-лимфоцитов, CD8-лимфоцитов, коэффициента CD4/CD8, CD19-лимфоцитов, CD25-лимфоцитов, фагоцитарное число и фагоцитарный индекс, ниже содержание CD95-лимфоцитов. В отделяемом по дренажу в основной группе выявлено статистически значимое более высокое

процентное содержание в перитонеальном отделяемом нейтрофилов в 1,16 раз, лимфоцитов, СД3-лимфоцитов в 1,24 раза, СД4-лимфоцитов в 1,26 раза, СД19-лимфоцитов в 1,37 раза, коэффициента СД4/СД8 в 1,42 раза, фагоцитарного числа в 1,24 раза и фагоцитарного индекса в 1,24 раза, а также более низкое процентное содержания СД95-лимфоцитов в 1,61 раза. На данный способ диагностики получен патент на изобретение РБ № 12194 «Способ оценки состояния Т-клеточного иммунитета в зоне оперативного вмешательства после лапароскопической холецистэктомии».

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют о большей напряженности иммунитета непосредственно в очаге по сравнению с кровью, причем в основной группе это выражено наиболее отчетливо. Изучение показателей иммунитета в биологических средах, максимально приближенных к очагу воспаления, является высоко информативным и чувствительным методом и может использоваться для оценки оперативных вмешательств с использованием иммуномодуляторов.

Литературные ссылки

1. Жарская, С.Л. Состояние факторов общего и местного иммунитета и микрофлора желчи у больных острым и хроническим холециститом: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / С.Л. Жарская; Иркут. гос. мед. ин-т. – Иркутск, 1994. – 24 с.

2. Караулов, А.В. Клиническая иммунология и аллергология: Учебное пособие / А.В. Караулов, А.М. Земсков, В.М. Земсков; под ред. А.В. Караулова. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2002. – 651 с.

3. Карсонова, Н.Г. Иммунокорригирующая терапия при хирургической инфекции / Н.Г. Карсонова, Б.В. Пинегин, Р.М. Хаитов // Анналы хир. гепатологии. – 1999. – Т. 4, № 1. – С. 88–96.

4. Тотолян, А.А. Современные подходы к диагностике иммунопатологических состояний / А.А. Тотолян // Мед. иммунология. – 1999. – Т.1, № 1–2. – С. 75–106.

5. Хаитов, Р.М. Физиология иммунитета: Обзор литературы / Р.М. Хаитов // Аллергия, астма и клинич. иммунология. – 2000. – № 2. – С. 3–16.

СТРУКТУРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

*Гарелик П.В.¹, Дубровицк О.И.¹, Мармыш Г.Г.¹, Жибер В.М.²,
Шевчук Д.А.², Баковец Л.С.², Решетникова Н.И.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница № 4 г.Гродно»²,

Гродно, Республика Беларусь

Проблема лечебной тактики при острых желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) остается одной из самых актуальных и наиболее часто обсуждаемых в современной экстренной хирургии. За последние десять лет в Республике Беларусь частота эзофагогастроудоденальных кровотечений увеличилась на 43,8%, появились новые и неожиданные факты, утверждающие, что произошел патоморфоз язвенной болезни, в связи с чем болезнь протекает тяжело, упорно и значительно возросла склонность к осложнению ее кровотечением (А.В. Шотт и соавт., 2003). В настоящее время этой серьезной проблеме в хирургической гастроэнтерологии посвящено множество публикаций, содержащих обобщенные результаты исследований по диагностике, опыту консервативной и оперативной тактики лечения этой тяжелой категории больных в специализированных центрах. Изучив конкретный и позитивный клинический опыт лечения больных с ЖКК в специализированном центре клиники неотложной хирургии БелМАПО г. Минска, стала очевидной необходимость организационно решать ряд вопросов по оказанию помощи больным с данной патологией и в Гродненской области. Центр ГДК был открыт в 1991г. на базе клиники госпитальной хирургии УЗ «Областная клиническая больница», который успешно функционировал 12 лет. С 2002 г. центр ГДК функционирует на базе клиники общей хирургии, однако проблему диагностики, профилактики и лечения больных ЖКК не следует считать решенной, так как осложнения язв кровотечением возрастает из года в год, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста с выраженной возрастной и сопутствующей патологией, которые составляют

большинство, а также высокая летальность (10–14%), наличие спорных и нерешенных вопросов во многих разделах этой проблемы, оставляют ее в числе самых актуальных и трудных в экстренной хирургии.

Цель исследования. Изучить структуру ЖКК у пациентов, госпитализированных в центр ГДК по неотложным показаниям, провести анализ эффективности оказания неотложной помощи и оптимизировать лечебную тактику.

Материал и методы. В городской центр ГДК на базе клиники общей хирургии за 2007–2011 гг. госпитализировано по неотложным показаниям 1790 больных с острыми ЖКК. Из них у 985 (55%) источником кровотечения были гастродуоденальные язвы, у 343 (19,2%) – из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка, у 241 (13,5%) при синдроме Маллори-Вейса, у 74 (4,1%) эрозивно геморрагический гастрит и у 147 (8,2%) – прочие кровотечения. Таким образом, в структуре ЖКК у 55% пациентов отмечены кровотечения из язв желудка и 12-перстной кишки (12ПК). Ретроспективному анализу подвергнуто 985 историй болезни пациентов с острым ЖКК из язв желудка и 12ПК. Установлено, что причиной ЖКК у 586 (59,5%) была язва 12ПК, у 399 (40,5%) – язва желудка. При этом у 76 (7,7%) из них диагностировано кровотечение из острых язв. Мужчин было 699 (71%), женщин – 286 (29%), в возрасте от 17 до 94 лет. Доставлены машиной скорой помощи – 594 (60,3%), из поликлиник города – 158 (16%), 129 (13,1%) из городских больниц, 33 (3,4%) из больницы скорой помощи, 31 (3,1%) из областной клинической больницы и 7 (0,7%) из областного психоневрологического диспансера, обратились сами – 33 (3,4%). Все госпитализированы по неотложным показаниям. В хирургическое отделение – 802 (81,4%) больных, 163 (16,5%) в реанимационное и в терапевтическое отделение – 20 (2%). В первые 6 часов после появления симптомов кровотечения поступило – 158 (16%) больных, через 7–24 часа 228 (23,1%) и 599 (60,8%) – после 24 часов. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭФГДС) выполняли у всех пациентов, при необходимости проводилось отмывание слизистой оболочки желудка от крови через канал эндоскопа и для повышения качества осмотра – изменением положения тела больного в процессе исследования. После определения локализации источника кровоте-

чения выполняли эндоскопический гемостаз, который включал инфильтрацию паравазальной области 0,01% раствором адреналина, а затем по показаниям осуществляли прицельную коагуляцию кровоточащего сосуда на уровне слизистой желудка или 12ПК. При невозможности выполнения электрокоагуляции проводилась химическая коагуляция тромбированного сосуда 25% раствором этанола, который вводился из трех точек по 0,3–0,5 мл. Оценку интенсивности язвенного ЖКК проводили по Y.Forrest (1974).

Результаты. Признаки продолжающегося кровотечения диагностированы у 569 (57,8%) больных, у 416 (42,2%) – составшееся. Эндоскопические методы остановки кровотечения применены у 473 (83,4%) пациентов, клипирование кровоточащего сосуда у 59 (6%) больных, гастробиопсия у 244 (25%). В связи с рецидивом кровотечения в стационаре и/или продолжающемся и не эффективным эндогемостазе оперативные вмешательства выполнены у 37 (3,8%) больных. За анализируемый период умерло 18 (1,8%) больных.

Выводы:

1. В структуре ЖКК гастродуоденальные язвы составляют 55%, при этом источник кровотечения в 59% случаев – язвы 12ПК и 40,5% – язвы желудка.

2. Самым эффективным при оказании неотложной помощи является дифференцированный и комбинированный эндогемостаз по общепринятым методикам.

3. Рациональное консервативное лечение, инфузионно-трансфузионная терапия должны обосновываться на базисных известных общепринятых принципах, которых мы придерживаемся.

Литературные ссылки

1. Шотт, А.В. Гастродуоденальные язвенные кровотечения: учеб. пособие / А.В. Шотт, С.И. Леонович, Г.Г. Кондратенко. – Минск: БГМУ. – 2003. – 143 с.

2. Forrest Y.A., Finlayson W.D., Shearman D.S., Endoscopy in gastrointestinal bleeding. Zancan, 1974; 17; 394–397.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Гинюк В.А., Рычагов Г.П.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Острый парапроктит (ОП) составляет 20–40% в структуре проктологических заболеваний [1, 2]. Одним из перспективных подходов в лечении этого заболевания является фотодинамическая терапия (ФДТ).

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с ОП.

Материалы и методы. В работе использован аппарат «Ромашка», фотосенсибилизатор (ФС) «Фотолон». Клиническое исследование проведено на 103 пациентах с ОП, которые были распределены на две группы: контрольную (пациенты получали традиционное лечение) и основную (пациенты получали комплексное лечение, включающее ФДТ). Все пациенты оперированы. У пациентов основной группы полость раны обрабатывалась ФС и раневая поверхность облучалась неполяризованным излучением с длиной волны (λ) 405 нм и плотностью мощности 250 мВт/см² и излучением с $\lambda=630$ нм и плотностью мощности 300 мВт/см². Затем рана тампонировалась турундой с мазью «Левомеколь». У пациентов же контрольной группы операция завершалась постановкой марлевой турунды с этой мазью. ФДТ проводилась в первую фазу воспалительного процесса (4–5 дней). Затем ежедневно (8–10 дней) проводилась комбинированная фоторегуляторная терапия, заключающаяся в облучении операционной раны излучением с $\lambda=520$ нм и излучением с $\lambda=870$ нм, проводились перевязки. Оценивали результаты на 1, 3, 7, 10 и 14 сутки после операции.

Результаты. До начала лечения у пациентов исследуемых групп были повышенная температура тела, выраженный болевой синдром, отек и гиперемия перианальной области, в ОАК наблюдались лейкоцитоз и увеличенная СОЭ. При поступлении достоверных различий по изучаемым показателям между пациентами обеих групп не выявлено. Медианные значения температуры и концентраций лейкоцитов в ОАК для пациентов основной и кон-

трольной группы составили 37,2 (36,8–37,5) °С и 37,2 (37,0–37,7) °С и $13,9 (12,1–16,6) \times 10^9/\text{л}$ и $13,3 (11,5–17,1) \times 10^9/\text{л}$, соответственно ($p > 0,05$). Также не было различий между группами по СОЭ (отмечалось ускорение СОЭ у всех пациентов) и другим показателям ОАК. При количественном посеве концентрации высеваемых микроорганизмов у пациентов двух групп $10,0 (0,1–10,0) \times 10^5$ КОЕ/мл) также не имели значимых различий ($p > 0,05$). Установлено, что наиболее часто высевались *E. Coli*, *E. faecalis*, *S. aureus*, *S. epidermidis* и *K. pneumoniae*.

Наиболее значимые различия наблюдались на 3, 7 и 10 сутки наблюдения.

К 3 суткам лейкоцитоз в крови у большинства пациентов основной группы практически отсутствовал, в то время как у пациентов контрольной группы сохранялось небольшое повышение количества лейкоцитов. По сравнению с первым днем после операции у пациентов обеих групп на 3 сутки имелось достоверное их снижение ($p < 0,05$). Медианные значения в этот период составили $7,4 (6,3–9,3) \times 10^9/\text{л}$ у пациентов основной группы и $8,9 (7,5–11,0) \times 10^9/\text{л}$ у пациентов, леченных традиционным способом ($p < 0,05$).

К 7 суткам уровень лейкоцитов у пациентов, получающих ФДТ и ФРТ, не отличался от нормального их значения $7,3 (6,1–8,2) \times 10^9/\text{л}$, в то время как у пациентов контрольной группы сохранялся некоторый лейкоцитоз – $9,7 (6,8–10,6) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). СОЭ пациентов основной группы составила $13,0 (5,0–21,0)$ мм/ч, а у пациентов контрольной группы $35,0 (21,5–49,0)$ мм/ч ($p < 0,05$).

На 10 сутки наблюдения показатели ОАК у пациентов основной группы оставались в пределах нормальных значений. Повышенной СОЭ сохранялась у нескольких пациентов контрольной группы. Количество лейкоцитов в ОАК пациентов основной группы составило $6,3 (6,1–7,6) \times 10^9/\text{л}$, а у пациентов контрольной группы – $8,6 (7,9–10,6) \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$).

К 14 суткам у всех пациентов обеих групп показатели ОАК соответствовали нормальным значениям.

Оценивая влияние методов лечения на значение уровня лейкоцитов в ОАК, выявлено, что за изучаемый период комплексное лечение, включающее фототерапию, оказывает достоверно значимое влияние на их снижение (коэффициент конкордации Кен-

далла (K) составил 0,57, $p < 0,05$), тогда как применение традиционной терапии такого влияния за изучаемый период не оказывает ($K=0,51$, $p > 0,05$).

Изучая динамику элиминации микробов из раны, установлено, что при использовании ФДТ уже к 1 суткам значительно снижался рост колоний – с $10,0 (0,1-10,0)$ до $0,1 (0,001-0,1) \times 10^5$ КОЕ/мл. При традиционной терапии высеваемость оставалась высокой – $1,0 (0,1-10,0) \times 10^5$ КОЕ/мл. Данные различия у пациентов исследуемых групп прослеживались на протяжении всего периода наблюдения ($p < 0,05$), что свидетельствовало о более выраженном гнойно-воспалительном процессе в послеоперационной ране у пациентов контрольной группы. ФДТ способствовала очищению раны и элиминации из нее гноеродных микроорганизмов ($K=0,44$, $p < 0,05$), в то время как традиционное лечение такого выраженного влияния на очищение раны за изучаемый период не имело ($K=0,49$, $p > 0,05$).

Заключение. Таким образом, лабораторные показатели, указывающие на воспалительный процесс, были менее выражены в основной группе, где применялась ФДТ, которая также способствовала значительному уменьшению обсемененности раны патогенной микрофлорой, что влекло за собой снижение в ней воспалительных явлений и ускорение процессов заживления.

Литературные ссылки

1. Смирнов, В.Е. Диагностика и лечение острого парапроктита / В.Е. Смирнов, П.М. Лаврешин, И.Е. Вартанов, В.К. Гобеджиашвили // Хирургия. – 1995. – № 2. – С. 21–23.
2. Chrabot C.M. Recurrent anorectal abscesses / C.M. Chrabot, M.L. Prosad, H. Abcarian // Dis. Colon. Rectum. – 1983. – Vol. 26, № 2. – P. 105–108.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гладышев А.О.¹, Прохоров А.В.²

УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²,
Минск, Республика Беларусь

Рак молочной железы (РМЖ) повсеместно занимает одно из первых мест в онкологической заболеваемости у женщин. Так, ежегодно в мире регистрируется около миллиона вновь выявленных случаев заболевания РМЖ. В 2010 году в РБ зарегистрировано 3916 случаев РМЖ у женщин, что в 1,4 раза больше, чем в 2000 году. Интенсивный показатель заболеваемости РМЖ у женщин в Республике Беларусь составил 75,9 случаев на 100 000 женского населения.

Несмотря на существующую общемировую тенденцию к расширению показаний для выполнения органосохранных операций при раке молочной железы, нередко возникает необходимость выполнения «калечащей» операции в объеме мастэктомии. Так, в 80-е годы XX столетия «золотым стандартом» в оперативном лечении рака молочной железы были мастэктомии по Холстеду и Пэйти, сопровождающиеся удалением на пораженной стороне большого количества мягких тканей, что приводило к рубцовому обезображиванию передней грудной стенки, западению подключичной области, ограничению движений в плечевом суставе и нередко к лимфостазу верхней конечности [1]. Кроме того, выполнение мастэктомии является серьезной психологической травмой, которая отражается на самоощущении женщины в быту и обществе и зачастую ассоциируется с потерей женственности, сексуальности, физической привлекательности, что, в конечном итоге, приводит к необратимым изменениям в социальной жизни пациентки [2, 3]. В связи с этим возрастает значение реконструктивно-пластических операций при злокачественных новообразованиях молочной железы, выполнение которых оправдано как с онкологической, так и с эстетической точки зрения, так как их использование не ухудшает отдаленные результаты лечения и в то же время позволяет получить хороший косметиче-

ский эффект, что, несомненно, улучшает качество жизни пациентов.

В настоящее время существует множество методик реконструкции молочной железы как за счет аллопротезов, так и за счет аутопластики различными лоскутами (таблица 1) [4, 5].

Таблица 1 – Виды реконструктивно-восстановительных операций при раке молочной железы

Аллопластика	Аутопластика
Эндопротез	Торакодорсальный лоскут
Экспандер + эндопротез	TRAM: А) перемещенный на 2 питающих ножках; Б) перемещенный на питающей ножке; В) перемещенный с дополнительным анастомозом; Г) свободный (на микрососудистых анастомозах); Д) DIEP (deep inferior epigastric perforator)
Экспандер – эндопротез	Ягодичный лоскут Лоскут боковой поверхности бедра Лоскут Рубенса (пахово-подвздошной области)

Реконструктивно-восстановительные операции на молочной железе могут выполняться одномоментно с радикальным вмешательством на ней (первичная маммопластика) или спустя определенный промежуток времени (вторичная или отсроченная маммопластика) [2]. Выполнять отсроченную реконструкцию, с точки зрения некоторых авторов, легче, так как женщину, ощутившую свою «ущербность», удовлетворяют результаты, порой сомнительные в плане эстетического восприятия, тем не менее, психологические преимущества первичной маммопластики заключаются в снижении степени выраженности психологической травмы, когда отсутствует временной период жизни женщины без молочной железы и не формируются адаптационные механизмы, мешающие восприятию реконструированной железы при ее отсроченном восстановлении [6, 3].

В онкохирургическом отделении №1 МГКОД в течение 2003–2012 гг. прооперировано 79 пациенток, которым были выполнены различные виды реконструктивно-пластических операций при раке молочной железы. Средний возраст пациенток составил $44,5 \pm 6,14$ лет. Первая стадия заболевания была у 12 (15,1%) пациенток, вторая – у 43 (54,4%) пациенток, третья – у 24 (30,5%) соот-

ветственно. Варианты реконструктивных вмешательств, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение пациенток в зависимости от вида реконструкции

Вид реконструкции	Первичная маммопластика	Отсроченная маммопластика	Всего больных
Перемещенный TRAM-лоскут			
А) на двух питающих ножках	36	4	40
Б) на одной питающей ножке	2	-	2
ТДЛ	30	-	30
Комбинированный метод (ТДЛ+Эндопротез)	-	1	1
Эндопротезирование	4	2	6
Всего больных	72	7	79

Как следует из вышеприведенных данных, пластика торакодорсальным лоскутом применялась нами в 38% случаев. Данная методика относительно проста технически, лоскут имеет хорошее осевое кровоснабжение, тем не менее, в трех случаях (10%) возник некроз перемещенного лоскута. В настоящее время ввиду расширения показаний к органосохранным операциям данный метод имеем ограниченные показания, и, как правило, выполняется в случае небольших размеров молочной железы, когда стандартная радикальная резекция не позволяет получить удовлетворительный косметический результат.

Маммопластика TRAM-лоскутом выполнена в 53,2% случаев, причем подавляющее число операций с использованием двух питающих ножек. В данной группе пациентов отмечено 4 (9,5%) случая краевого некроза перемещенного лоскута, которые потребовали дополнительной хирургической коррекции. Пластика дефекта передней брюшной стенки выполнялась с помощью полипропиленовой сетки. В шести случаях (14,3%) имелся краевой некроз кожных лоскутов лоскутков донорской зоны, не потребовавший дополнительного хирургического вмешательства. Случаев послеоперационных грыж не отмечено. У обеих пациенток, которым была выполнена пластика TRAM-лоскутом на одной питающей контралатеральной ножке, возникли краевые де-

фекты медиальной зоны лоскута, которые потребовали дополнительной хирургической коррекции. Эстетический результат данных операций нельзя считать удовлетворительным, в связи с чем мы отказались от данного вида реконструкции и используем TRAM-лоскут на двух питающих ножках.

Опыт эндопротезирования в нашем учреждении невелик (6 случаев), в том числе у одной пациентки в отсроченном периоде использован комбинированный метод пластики – силиконовый имплант установлен под перемещенный торакодорсальный лоскут. В одном случае выполнена отсроченная маммопластика эндопротезом-экспандером (Becker 35). В группе пациенток с отсроченной маммопластикой осложнений не возникло. В четырех случаях выполнена подкожная мастэктомия с первичной маммопластикой силиконовыми имплантами, однако в данной группе пациенток в 3 (75%) случаях произошло отторжение эндопротеза ввиду некроза сохраненного сосково-ареолярного комплекса, в связи с чем в настоящее время при выполнении подкожной мастэктомии сосково-ареолярный комплекс удаляется с последующим его восстановлением в отсроченном периоде.

В заключение хотелось бы отметить, что реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы являются важным моментом физической и психоэмоциональной реабилитации пациенток с данным заболеванием и заслуживают дальнейшего развития и широкого применения в онкологических стационарах.

Литературные ссылки

1. Гедревич, З.Э., Колобухов, А.Э., Гладышев, А.О. // Медицинские новости. – 2005. – № 6. – С. 101–103.
2. Шаповал, Е.В., Залуцкий, И.В., Курилович, Н.Н., // Здоровоохранение. – 2004. – № 5 – С. 27–30.
3. Малыгин, С.Е. // Практическая онкология. – СПб. – 2002. – Т3. – № 1. – С. 69 – 76.
4. Соболевский, В.А. и др./ Вместе против рака. – 2007. – № 1–2. – С. 10–14.
5. Егоров, Ю.С. и др./Маммология. – 2006. – № 3. – с. 14–18.
6. Исмаилов, А.Х. и др. / Вопросы онкологии. – 2004. – Т 50. – № 3. – С. 339–343.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО Nd-YAG ЛАЗЕРА

Гордионюк Д.М., Елесина Н.А.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. После радикального лечения рака сигмовидной кишки путем выполнения резекции сигмы и операций по закрытию сигмастом достаточно часто развивается нарушение проходимости в области толстокишечного анастомоза вследствие развития рубцовой стриктуры анастомоза.

Цель. Улучшить результаты лечения послеоперационных рубцовых стриктур толстокишечных анастомозов после резекции сигмы и операций по закрытию сигмастом путем использования высокоэнергетического Nd-YAG лазера под визуальным контролем во время эндоскопического исследования.

Основной задачей является объективная оценка результатов эндоскопической лазерной реканализации рубцовых стриктур толстокишечных анастомозов при использовании эндоскопической лазерной вапоризации стриктуры анастомоза.

Материалы и методы. Использованное нами излучение высокоэнергетического Nd-YAG лазера с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 20–50 Вт с целью вапоризации рубцовой стриктуры толстокишечного анастомоза доказало свою эффективность. В настоящее время применяется врачами-эндоскопистами на базе 3 ГКБ и 6 ГКБ г. Минска.

На основании клинико-эндоскопических и рентгенологических данных установлено, что использование высокоэнергетического Nd-YAG лазера эффективно при короткой протяженности по глубине рубца анастомоза, составляющей по протяженности несколько миллиметров до 0,5 см. Диаметр просвета анастомоза уже 1-го см влияет на количество сеансов и продолжительность лазерной вапоризации рубцовой стриктуры толстокишечного анастомоза.

Нами изучены 17 сеансов эндоскопической лазерной вапори-

зации у 5 больных с рубцовыми послеоперационными стриктурами толстокишечных анастомозов, оперированных в отделении проктологии 3 ГКБ г. Минска за период с 2006 по 2010 гг.

Результаты исследования. У всех больных после курса лазерной вапоризации отмечено исчезновение кишечной непроходимости, запоров, уменьшение явлений общей интоксикации, улучшение качества жизни. Для лучших результатов лечения послеоперационных стриктур толстокишечных анастомозов совместно использовалось консервативное лечение, парэнтеральное питание.

Выводы:

1 Эндоскопическая лазерная вапоризация послеоперационных стриктур толстокишечных анастомозов является высокоэффективным методом лечения.

2. Использование эффекта лазерной вапоризации эффективно при коротких по протяженности послеоперационных рубцовых стриктурах толстокишечных анастомозов.

3. Метод лазерной эндоскопической вапоризации послеоперационных стриктур толстокишечных анастомозов доступен для выполнения в амбулаторных условиях.

Литературные ссылки

1. Голуб, А.М. Лечение послеоперационных рубцовых стриктур пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных соустьев с помощью Nd-YAG лазера «Радуга-1» Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / БелМАПО.– Минск. – 2005. – 20 с.

2. Современные лазерные технологии в хирургии и эндоскопии: сборник научных работ / под редакцией проф. Ю.Е. Демидчика – Минск: БелМАПО. – 2010 – 96 с.

3. Рычагов, Г.П., Голуб, А.М., Русинович, В.М., Муковозова, И.Л. // Лазерная и фотодинамическая терапия. Сб. научно-практич. работ. – Гродно, 2011. – С. 28 – 29.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (ПДСЯЭ)

*Гришин И.Н., Бочко В.Н., Бордаков В.Н.,
Руденок В.В., Лагодич С.Н., Лой А.В.*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

УО «Белорусский государственный университет»²,

Республиканский военный медицинский центр³,

Минск, Республика Беларусь

Применение органосохраняющих операций при лечении пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии ограничивается 50% при декомпенсированной стадии из-за развития в послеоперационном периоде нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, гастроплегии. Это является причиной летальных исходов, достигая 2–3%, т.е. почти такой же, как и при резекции желудка. Основным критерием выполнения органосохраняющих операций является наличие моторно-эвакуаторной функции желудка до хирургического вмешательства.

Цель: разработать технологии органосохраняющих операций на желудке, которые бы позволяли снять всякие ограничения выполнения их при лечении пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии, преследуя одну из важных задач – сохранить такой важный орган, как желудок.

Материал и методы. В основу положен 1531 клинический случай хирургического лечения пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии. Использовались общепризнанные методы исследования.

Результаты. До 1980 года основным методом хирургического лечения являлась резекция желудка. Но и она не всегда устраняла все патогенетические нарушения, давая в 30% все признаки пострезекционного синдрома и, в частности, гастроэзофагеального рефлюкса. Послеоперационная летальность колебалась в пределах 2–5%. Поэтапное внедрение органосохраняющих операций показало многие отрицательные стороны этих вмешательств, особенно при проведении СПВ вместе с дренирующими опера-

циями. Отрицательные стороны полностью подтверждали мнения других авторов. Однако нами было установлено, что любой пилородуоденальный язвенный стеноз приводит:

- 1) к развитию гастроэзофагеального рефлюкса,
- 2) происходит перемещение желудка в малый таз с образованием острого угла провисания между вертикальной частью 12-перстной кишки и большой кривизной желудка, усиливающий эффект стеноза,
- 3) объем просвета желудка увеличивается,
- 4) застой в желудке приводит к гастриту и дегенерации нервных сплетений, хотя и они обратимы,
- 5) ваготомия прямо или косвенно усугубляет нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что является одной из причин неблагоприятных исходов,
- 6) реиннервация после ваготомии наступает во всех случаях и при всех методиках выполнения через 3–5 месяцев. Все эти патогенетические расстройства легли в основу разработки новых технологий выполнения органосохраняющих операций. Разработка органосохраняющих операций проводилась, а затем внедрялась в практику в два этапа, исходя из установленных этиопатогенетических факторов язвенной болезни пилородуоденального канала.

Первый этап разработки включал:

- 1) проксимальную селективную ваготомию,
 - 2) операцию Ниссена, но таким образом, чтобы максимально поднять желудок кверху, расправив угол провисания, и закрепив это перемещение вокруг пищевода большой желудочной манжетой,
 - 3) дубликационные швы на малую кривизну, превращающие желудок в «трубку», с фиксацией ее к малому сальнику,
 - 4) формирование пилородуоденоанастомоза по Финнею.
- Оперированных больных 65, получен хороший непосредственный результат. Однако почти у 2/3 оперированных замечено значительное забрасывание желудочного содержимого в желудочную манжету.

Во втором этапе технология была усовершенствована:

- 1) так, после фиксации верхних швов манжетки к пищеводу последующие швы расходились книзу, образуя своеобразный треугольник. Под действием веса желудочное содержимое из манжетки перемещалось под своим собственным весом в просвет

желудка по пологим краям сформированной по этой методике манжете, хорошо опорожняя её.

2) СПВ не проводилась, так её эффект, как мы указывали ранее, носит временный характер, 3–6 месяцев, а затем наступает реиннервация. Кроме того, нами этим самым снят был один из факторов отрицательного влияния ваготомии на моторику желудка,

3) на протяжении 3–4-х месяцев сразу после операции стала проводиться фармакологическая ваготомия квамателом, или препаратами протонной помпы,

4) кроме дубликации малой кривизны желудка мы чаще стали проводить её и по большой кривизне,

5) все остальные этапы выполнялись в полном объёме, как указано выше (дренирующая операция по Финнею, фиксация желудка к малому сальнику). Между тем, сама операция значительно упростилась. Все оперированные нами по данной методике 30 больных с декомпенсированным стенозом выздоровели и вернулись к труду.

Итак, поставленные цели и задачи были решены – сняты ограничения к органосохраняющим операциям при лечении стенозов пилорoduodenального канала. Объем вмешательства уменьшился.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА (АГАНГЛИОЗ) И ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИХ

Гришин И.Н., Чепик Д.А., Бочко В.Н., Лагодич С.Н., Лой А.В.

**ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,**

**УЗ «Минская областная клиническая больница»,
Минск, Республика Беларусь**

Целью сообщения является определить общие и частные закономерности указанных патологических состояний в пищеварительном тракте с функциональными стенозами пилорoduodenального канала и наметить принципы их хирургической коррекции.

Почти более 50-летние наблюдения в хирургической практике и анализ литературы показывает, что многие процессы в пищеварительном тракте, приводящие к нарушению пассажа пищевых масс на различных уровнях, аналогичны другим патологиям, хорошо известным и изученным явлениям: ахалазия кардии, афункционирование желчных протоков, нейрогенный мочевой пузырь, болезнь Гиршпрунга и др. Связана эта патология с нарушением функции иннервации органов. Многие исследователи по этому вопросу отмечают дегенеративные изменения в мейснеровских и ауэрбаховских ганглиях гипо- или даже аганглиоз, чаще всего врожденного характера.

В основу исследования положены клинические наблюдения различных учреждений, начиная с 1960 года. Морфологические исследования проводились на кафедре нормальной анатомии БГМУ.

Сравнивая клинические проявления первичных стенозов пилородуоденального канала, а именно, отсутствие перистальтики в дистальных отделах (препилорический и пилорический), деформация желудка со смещением его в малый таз, постепенное расширение желудка с заострением угла провисания, что усиливает стенозирующий эффект в пилородуоденальном канале, расправление угла Гиса, с другими локализациями аганглиоза, как причины функционального стенозирования, и самое главное – дефицит в массе тела до 30%, указывает на большие сходства данных патологий. Это было подтверждено и предварительными гистохимическими исследованиями. Поэтому и был предпринят весь комплекс хирургического органосохраняющего желудка лечения аналогичного при язвенных стенозах, но без дренирующих операций. Получен прекрасный результат (10 больных). При этом отмечено, что функциональный стеноз на почве аганглиоза может носить полифокальный характер. В этих случаях приходилось проводить поэтапные операции (в связи с ахалазией кардии, дуоденостазом, цекоцеле, болезнью Гиршпрунга, ректоцеле). В связи с тем, что суть органосохраняющих операций на желудке не предусматривает вскрытие его просвета, нами и предпринята попытка видеоскопической коррекции разбираемой патологии желудка из 4-х проколов брюшной полости. При проведении операции были выполнены все её этапы: мобилизация желудка по

большой и малой кривизне, выделение кардиального отдела пищевода и его максимальная абдоминализация, проведение дна желудка по Ниссену в нашей модификации, образование высокой желудочной манжетки с образованием по передней его стенке “треугольника” по Гришину, дубликация по малой и большой кривизне с фиксацией желудка к малому сальнику, расправление пилородуоденального перегиба. Длительность операции – 2 часа 30 минут, учитывая первый их опыт. Послеоперационный период протекал гладко. Питание постепенно восстановилось, и все симптомы стеноза прошли. У последней больной имелись остаточные симптомы типа тошноты после приёма пищи.

В перспективе имеются все предпосылки выполнения органосохраняющих операций при коррекции язвенных стенозов пилородуоденального канала.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНГИОДИСПЛАЗИЙ ВИЗУАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Гришин И.Н.^{1,2}, Давидовский И.А.^{1,2}, Воевода М.Т.^{1,2},
Воробей А.В.^{1,2}, Попель Г.А.^{1,2}, Авдей П.П.²*

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Введение. Ангиодисплазии (сосудистые мальформации, врожденные пороки развития сосудов) – это результат нарушения формирования сосудов в эмбриогенезе. Они являются достаточно сложным разделом клинической ангиологии, т.к. это сравнительно редкая и недостаточно знакомая практически врачам патология. По данным ряда авторов, число ангиодисплазий составляет от 2 до 5,5% от общего числа пациентов с патологией сосудов. Значимость проблемы лечения ангиодисплазий определяется реальной опасностью развития серьезных осложнений: трофиче-

ские язвы, кровотечения, нарушения центральной гемодинамики при патологическом артерио-венозном сбросе. Кроме того, для них характерны значительные функциональные и анатомические расстройства, косметические дефекты, прогрессирующее течение, что в совокупности может приводить к потере трудоспособности и инвалидности в достаточно молодом возрасте.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов с ангиодисплазиями видимой локализации путём разработки наиболее информативных методов их лучевой диагностики, определение показаний к их лазерной коагуляции и комбинированным хирургическим технологиям.

Материалы и методы. С 1971 по 2011 гг. в РЦ РХГ, КП и ЛХ на базе Минской областной клинической больницы выполнены 356 операций по поводу ангиодисплазий видимой локализации. Из них: 80 (22,47%) – по поводу артерио-венозных форм дисплазий, 274 (76,96%) – венозных форм, 2 (0,57%) – лимфатических форм. Основным методом диагностики в выборе хирургической тактики лечения ангиодисплазий – ангиография. С появлением ультразвуковой доплерографии ее широко начали применять в сосудистой хирургии, в том числе и в диагностике сосудистых мальформаций. С осложнениями (тромбозы, некрозы, трофические язвы, кровотечения) при артерио-венозной форме прошло 8 (10%) пациентов, при венозной форме 14 (5,1%) пациентов. Мужчин в исследуемой группе было 37%, женщин – 63%. С 2008 г. достаточно широко начала применяться лазерная коагуляция ангиоматозных тканей в лечении ангиодисплазий.

Результаты. При артериовенозной форме в подавляющем большинстве случаев (97%) выполняли ликвидацию артерио-венозных фистул с удалением ангиоматозных тканей, при венозной форме ангиодисплазии – удаление ангиоматозных тканей, флебэктомию, пластику магистральных вен. Особого внимания заслуживают пациенты с распространенностью патологического процесса, занимающего несколько анатомических областей. Из 80 пациентов, оперированных по поводу артерио-венозных дисплазий, 13 (16,2%) пациентам понадобились повторные, этапные операции. 9 пациентов поступили уже с развившимися на догоспитальном этапе осложнениями в виде некрозов и гангрены тканей. У 6-ти из них были выполнены ампутации, у 3-х – некрэкто-

мии. Из 274 пациентов с венозными формами ангиодисплазий повторные операции были выполнены у 28 (10,2%) пациентов. 16 пациентов с венозными формами поступали с развившимися осложнениями в виде кровотечений, тромбозов, трофических язв. Среди оперированных пациентов в послеоперационном периоде развились осложнения в 2-х случаях (0,5%). В 59 случаях были выполнены вмешательства с помощью трехволнового лазерного аппарата «МУЛ-Хирург» (производства Беларусь). Комбинированные вмешательства, включая лазерную коагуляцию, применили в 10 случаях. Повторная лазерная коагуляция ангиоматозных тканей была выполнена у 8 (13,5%) пациентов ($p < 0,05$).

Осложнений после проведения лазерной коагуляции не было. В 2 случаях при гистологическом исследовании были обнаружены ангиосаркома (злокачественное поражение). В послеоперационном периоде у пациентов летальных исходов не было.

Выводы:

1. Лазерную коагуляцию ангиоматозных тканей следует шире применять при лечении ангиодисплазий, как наиболее щадящий метод малоинвазивного хирургического вмешательства.
2. Комбинированные методы хирургического лечения, включая лазерную коагуляцию, следует применять при распространенных формах сосудистых дисплазий.

Литературные ссылки

1. Венозные мальформации и малая подкожная вена – взаимосвязь, диагностика, стратегия действий // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2003. – № 3 (приложение). С. 84–85. Соавт.: Дан В.Н., Шутихина И.В., Китаев С.В.

2. Артериовенозные мальформации – современное состояние проблемы // Амбулаторная хирургия. – 2003. – № 3 (11). – С. 57. Соавт.: Дан В.Н., Кунцевич Г.И., Щеголев А.И., Ситников А.В.

3. 20-летний опыт лечения ангиодисплазий – современные подходы к диагностике и лечебной тактике // В книге «А.В.Покровский: 20 лет работы сосудистого отделения». Глава 8. С. 124–142. Соавт. Дан В.Н., Кунцевич Г.И., Щеголев А.И., Кармазановский Г.Г., Ситников А.В.

ТРАНСАНАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОХИРУРГИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ

*Денисенко В.Л.^{1,3}, Гаин Ю.М.², Сушков С.А.³,
Фролов Л.А.³, Скудский М.М.⁴, Хмельников В.Я.¹,
Бухтаревич С.П.¹, Смирнов В.К.¹*

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»¹,

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,

УО «Витебский государственный медицинский университет»³,

УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»⁴,
Минск, Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Поиск малотравматичного и радикального метода удаления опухоли прямой кишки привел к внедрению в клинику трансанальной эндоскопической микрохирургии (ТЭМ) [1]. В 1983 г. Buess G. впервые применил новый способ при удалении доброкачественной опухоли прямой кишки [2]. С помощью данного метода возможно удаление новообразований ниже- и среднеампулярного отделов прямой кишки вместе с подслизистым слоем [3]. Основная патология, которую можно лечить с помощью трансанальной эндоскопической микрохирургии – это «большие» (более 3 см в диаметре), стелющиеся и малигнизированные ворсинчатые опухоли. Трансанальная эндоскопическая микрохирургия не приводит к возникновению каловых свищей, остеомиелита крестца, абсцессов параректальной области. Данным способом удаляют опухоль прямой кишки (T1) [4, 5].

Цель исследования. Оценить эффективность применения трансанальной эндоскопической микрохирургии при лечении опухолей прямой кишки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения у пациентов с доброкачественными и злокачественными опухолями прямой кишки: у 13 (8 мужчин и 5 женщин) больных с опухолями прямой кишки, находившихся на лечении в проктологическом отделении УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница» с марта по апрель 2010 г., с апреля по май 2012 г. Возраст пациентов от 51 до 84 лет. Тринадцать-

ти пациентам, были выполнены пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, цито-, гистологическое исследование. В 11 случаях при гистологическом исследовании выявлялась тубулярная аденома. Средний размер опухоли составил: ширина – $4,8 \pm 1,5$ см, длина – $3,9 \pm 1,1$ см., высота – $2,1 \pm 0,8$ см. В 2 случаях была выявлена аденокарцинома. Размер опухоли составил: ширина – 2 см, длина – 2,5 см., высота – 1,5 см. Выполняли дивульсию анального сфинктера, после чего вводили тубус операционного ректоскопа в просвет прямой кишки. Производили ревизию стенок прямой кишки на протяжении 15–16 см от уровня перианальной кожи. При маркировке границы отступали от опухоли на 3–5 мм. Производили иссечение доброкачественной опухоли в пределах маркированной границы единым комплексом с подслизистым слоем. В двух случаях при удалении аденокарциномы задней стенки прямой кишки удаляли опухоль прямой кишки до мезоректума. Выполняли экстренную биопсию из края резекции, при которой выявили отсутствие опухолевого роста из края резекции. Дефект слизистой восстанавливали в поперечном направлении непрерывным швом, используя Polysorb 3/0, затем вводили в просвет прямой кишки тампон с мазью «Левомеколь».

Результаты. Операции продолжались от 60 до 90 минут. У одного пациента, подвергшегося трансанальной эндоскопической микрохирургии по поводу рака среднеампулярного отдела прямой кишки, на 2-е сутки после операции отмечали повышение температуры тела до 38°C . На 5-е сутки после введения ципрофлоксацина температура тела нормализовалась. В послеоперационном периоде у всех пациентов не применялись анальгетики. Продолжительность стационарного лечения в первой группе – $5 \pm 1,2$ койко-дней, во второй группе – $11 \pm 2,3$ койко-дней.

Заключение. Полученные результаты позволяют нам оценить методику трансанальной эндомикрохирургии как эффективный способ лечения опухолей прямой кишки. Данный метод позволяет удалять опухоль в пределах здоровых тканей, при этом являясь щадящим, не изменяя анатомических структур прямой кишки.

Литературные ссылки.

1. Parkin, D.M. Global cancer statistics / D.M. Parkin, P. Pisani, J. Ferlay // *Ca.* – 1999. – P. 49–33.
2. Аксель, Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е.М. Аксель, Н.М. Барулина // *Рос. онкологический журнал.* – 1999. – № 6. – С. 40–46.
3. Camunez, F. Malignant colorectal obstruction treated by means of self-expanding metallic stents: effectiveness before surgery and in palliation // F. Camunez, A. Echenagusia, G. Simo // *Radiology.* – 2000. – Vol.216. – P. 492–497.
4. Adenocarcinoma of the colon and rectum. In «Cancer Medicine» / B.T. Motwani [et al.] // Eds. Holland J.F. et al. – 1997. – P. 2029–2072.
5. Olivencia Endoscopic treatment of acute colorectal obstruction with self-expandable metallic stents / S. Soto [et al.] // *Surg. Endoscopic.* – 2006. – Vol. 20. – P. 1072–1076.

ПРИМЕНЕНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Денисенко В.Л.^{1,3}, Гаин Ю.М.², Сушков С.А.³, Фролов Л.А.³,
Скудский М.М.⁴, Шкуднов А.В.⁴, Ерушевич А.В.⁴,
Бухтаревич С.П.¹*

УЗ «Вторая Витебская областная клиническая больница»¹,

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,

УО «Витебский государственный медицинский университет»³,

УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»⁴,
Витебск, Минск, Республика Беларусь

Введение. Колоректальный рак – это наиболее распространенная опухоль в колоректальной хирургии, третий по частоте встречаемости рак и вторая причина в структуре онкологической смертности. В течение десяти лет в Республике Беларусь число ежегодно регистрируемых случаев заболевания раком ректосигмоидного отдела толстой кишки увеличилось в 1,5 раза с 363 в 2001 г. до 528 в 2010 г. [1]. Наиболее частым осложнением коло-

ректального рака является обтурационная кишечная непроходимость. Она развивается у 26,4–69% больных [2]. До настоящего времени хирургическая тактика при обтурационной толстокишечной непроходимости на фоне рака продолжает оставаться дискуссионной и требует дальнейшего поиска методов хирургического пособия и завершения операции.

Цель исследования. Разработать новый подход в лечении колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

Материалы и методы. В настоящее время в хирургии набирает силу направление комплексного лечения, опирающееся на концепцию «быстрого (ускоренного) выздоровления» (т.н. «Fast-Track Recovery») [3]. Одним из направлений реального использования концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза (с использованием стентирования саморасширяющимся нитиноловым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной). Проведен анализ результатов лечения 48 пациентов с колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, находившихся в проктологическом отделении Второй Витебской областной клинической больницы и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера за период с 1995 по 2012 год. В первой группе пациенты (28) оперированы по общепринятым методом. Во второй группе пациенты (20) оперированы двухэтапным способом (первый этап стентирование стенозирующей опухоли; второй этап радикальная операция, у двух пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, установлены стенты с целью симптоматического лечения). Во вторую группу вошли пациенты, находящиеся на лечении в абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера и проктологического отделения Второй Витебской областной клинической больницы за период с 2011 по июнь 2012 года с раком ободочной и прямой кишок. У всех пациентов при гистологическом исследовании выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. Всем пациентам второй группы при поступлении проводили обзорную рентгенографию живота, на которой отмечали резкую пневматизацию толстой кишки до уровня нисходящей ободочной кишки,

горизонтальные тонкокишечные уровни жидкости в правом нижнем квадранте живота. Устанавливали диагноз: стенозирующий рак левой половины ободочной и прямой кишок, острую толстокишечную обтурационную непроходимость. После кратковременной (2 часа) подготовки выполнена фиброколоноскопия, на которой диагноз опухоли нисходящего отдела толстой кишки подтверждён. Через зону стеноза проводили доставочное устройство с саморасширяющимся нитиноловым трубчатым протезом с покрытием силиконовой мембраной (CHOOSTENT M.I. Tech, Южная Корея [CY]). В дальнейшем через просвет манипуляционного катетера в кишку заводили жесткий проводник на расстояние не менее 10 см проксимальнее верхнего края стеноза. По жесткому проводнику в область сужения устанавливали саморасширяющийся покрытый металлический стент диаметром 22 мм и длиной 140 мм, каркасно увеличивающий просвет кишки в зоне опухолевого стеноза. После установки устройства проводили контрольную рентгенографию живота. После эндоскопического исследования и установки стента ставили сифонную клизму, после проведения которой обильно отходили стул и газы. После полной клинико-метаболической компенсации больных и полного восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника проводили хирургическое вмешательство.

Результаты. В первой группе в 75% случаев операция заканчивалась выведением стомы. Продолжительность лечения в данной группе составила $30,6 \pm 2,8$ к/дней. Во второй группе все виды операций закончились наложением первичного анастомоза, без выведения колостомы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность лечения в данной группе составила $19,7 \pm 2,1$ к/дней.

Заключение. Использование эндоскопической установки металлического саморасширяющегося колоректального стента позволяет в условиях острой непроходимости толстой кишки выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и ранней клинико-метаболической компенсацией. Данный подход позволяет оперативно осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства.

Литературные ссылки

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. Сборник научных статей / под ред. О.Г. Суконко, С.А. Красновского // Профессиональные издания. – Мн. – 2012. – 508 с.
2. Аксель, Е.М., Барулина, Н.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / // Рос. онкологический журнал. – 1999. – № 6. – С. 40–46.
3. Efficacy and Safety of Fast-Track Recovery Strategy for Patients Undergoing Laparoscopic Nephrectomy / A. Recart [et al.] // Journal of Endourology. – 2005. – Vol.19, № 10. – P. 1165–1169.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ ПРИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Дешук А.Н., Гарелик П.В., Сак В.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый холецистит (ОХ) по частоте занимает первое место, а по количеству операций уступает только острому аппендициту. Проблема острого калькулезного холецистита сегодня определяется прогрессивным ростом заболеваемости и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения.

Одним из главных ограничений проведения оперативного лечения при ОХ, которое существует и по сегодняшний день, являются сроки от момента заболевания. Оптимальным сроком для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 48 часов от начала заболевания. Однако даже при ее проведении в эти сроки зачастую имеется массивный воспалительный процесс в желчном пузыре, что объясняется относительностью данных анамнеза заболевания. Проблема лечения ОХ остается актуальной и требует проведения исследований, обосновывающих использование новых методик лечения, направленных на уменьшение воспалительной реакции, улучшение микроциркуляции в стенке

желчного пузыря и оказание противомикробного действия, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

На сегодняшний день доказана эффективность антимикробной фотодинамической терапии (АМФДТ) при лечении таких заболеваний, как трофические язвы, острый парапроктит, острый деструктивный панкреатит, которая представляет собой одно из перспективных направлений неонкологического применения ФДТ.

Цель исследования. Оценить эффективность фотодинамической терапии в миниинвазивном лечении острого холецистита в клинике.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с января 2011 года по август 2012 года включительно на лечении находились 43 пациента с острым холециститом (I контрольная группа – 23 пациента, II опытная группа – 20 пациентов), проведен анализ их лечения. Диагноз острого холецистита выставлялся на основании анамнеза жизни, заболевания, клинической картины, инструментальных и лабораторных методов исследования. Пациенты находились в возрасте от 31 года до 90 лет, женщин было 30 (69,8%), мужчин – 13 (30,2%). Обращает на себя внимание многочисленная возрастная группа больных с острым холециститом. В возрасте старше 60 лет находилось на лечении 35 (81,4%) пациентов. В этом возрасте практически у всех из них были сопутствующие заболевания, что усложняло задачу лечения: так ишемическая болезнь сердца и коронарокардиосклероз встречались у 36 (83,7%) больных, артериальная гипертензия у 34 (79%) пациентов.

Всем пациентам при поступлении в клинику назначалась стандартная консервативная терапия (спазмолитики, анальгетики, инфузии растворов, антибиотики). При неэффективности купирования острого холецистита в течение первых 24 часов (пальпируемый желчный пузырь, увеличение желчного пузыря в размерах (10 см и более) при динамическом УЗИ, появление перивезикальных осложнений, рецидив заболевания после кратковременного затихания воспалительного процесса) выносились показания для чрескожной чреспеченочной санационно-декомпрессионной пункции (ЧЧСДПЖП) желчного пузыря под УЗ-наведением (контрольная группа). В опытной группе, в отли-

чие от контрольной, после СДПЖП и полного спадения пузыря в очаг воспаления по той же пункционной игле вводился 0,25% раствор фотосенсибилизатора (ФС) хлорофиллипта, разведенный в отношении 1:5 с 0,25% раствором новокаина согласно инструкции по применению препарата. После десятиминутной экспозиции ФС хлорофиллипта в желчном пузыре через иглу в его полость вводился световод и проводилось низкоинтенсивное лазерное облучение воспалительного очага (аппарат лазерный терапевтический «Родник-1»). Длительность облучения 10 минут, длина волны $0,67 \pm 0,02$ мкм, мощность излучения на дистальном конце световода 20 мВт, плотность мощности 25–30 Дж/см² (терапевтическая доза облучения). После облучения все содержимое из желчного пузыря эвакуировалось с извлечением пункционной иглы на аспирации. Консервативное лечение после проведения данной процедуры продолжалось.

Результаты. Для оценки эффективности лечения всем пациентам производилось исследование показателей общего и биохимического анализов крови, а также объемной скорости локального кровотока. Статистически значимыми ($p < 0,05$) оказались изменения уровня билирубина 8,8 [8,3; 10,4], СОЭ 18 [9; 37], щелочной фосфатазы 70 [45; 143] и АсАТ 37,7 [27; 43,7] на 5–6 сутки исследования по сравнению с пациентами контрольной группы, в которой данные показатели были следующими: билирубин – 10,2 [9,2; 12,9], СОЭ – 35 [23; 43], щелочная фосфатаза – 141,3 [79,5; 234], АсАТ – 44,9 [37; 58,5]. Остальные же показатели существенно не изменялись в сравнении, в отличие от палочкоядерных нейтрофилов: к 5–6 суткам во II группе после применения ФДТ их количество достигало 0 [0; 2], тогда как в I группе – 3 [1; 6].

Объемная скорость кровотока в собственной печеночной артерии в I группе на 5 сутки после лечения увеличилась в 1,25 раза, а во II опытной группе в 4,22 раза, что свидетельствует о лучшем восстановлении локальной микроциркуляции. К 5 суткам после проведенного лечения скорость кровотока в портальной вене в контрольной группе возросла в 1,26 раза, а в опытной – в 1,85 раза. Таким образом, значения данного показателя сильно не различались.

Среднее время пребывания пациентов 1-й группы в клинике составило 9,65 койко-дня. Во второй группе этот показатель

составил 7,29 койко-дня, что на 2,36 койко-дня меньше, чем в контрольной группе. Одна пациентка была оперирована по экстренным показаниям в связи с наличием желчного перитонита после пункции: произведена лапароскопическая холецистэктомия, после чего она благополучно на 6 сутки была выписана из стационара. Из 23 пациентов I группы у 4 (17,4%) пришлось выполнить повторную ЧЧСДПЖП по поводу рецидива заболевания (наличия выраженного болевого синдрома, увеличенного желчного пузыря при УЗИ, пальпируемого его дна) после кратковременного купирования воспаления в желчном пузыре. У пациентов II группы производилась повторная ЧЧСДПЖП лишь у 1 пациента (5%), поскольку была выявлена длительная по течению эмпиема желчного пузыря, не подлежащая адекватной санации при первой пункции вследствие наличия крупнодисперстного гнойного содержимого в полости органа.

Заключение. Чрескожно-чреспеченочная санационно-декомпрессионная пункция желчного пузыря под УЗ-наведением с фотодинамической терапией является альтернативным методом лечения острого холецистита пациентов, у которых длительность заболевания более 48 часов или которым оперативное лечение противопоказано вследствие наличия сопутствующей патологии, способствует более быстрому купированию острого воспаления в желчном пузыре, что подтверждается лабораторными методами диагностики. Кроме того, она благоприятно влияет на локальную микроциркуляцию желчного пузыря, позволяет снизить количество рецидивов воспаления, уменьшив длительность пребывания пациентов в стационаре.

Литературные ссылки

1. Галлингер, Ю.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.И. Галлингер, В.И. Карпенкова // Анналы хирург. гепатол. – 2000. – Т.5. – № 2. – С. 103–104.

2. Качалов, С. Н. Обеспечение безопасности холецистэктомии при остром холецистите / С.Н. Качалов, В.А. Коновалов, С.И. Чич-кань // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 55 – 56.

3. Современные технологии лечения острого холецистита / П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, А.Н. Дешук, М.И. Милешко // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. – № 1. – С. 14 – 20.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Довнар И.С.¹, Полинский А.А.¹, Милешко М.И.¹, Козак Е.И.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
² УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Малоинвазивные технологии, в том числе операции под ультразвуковым наведением на сегодняшний день являются наиболее перспективным направлением развития хирургии. Объем данных операций в основном ограничивается пункционно-дренирующими вмешательствами, однако во многих случаях они решают серьезные хирургические проблемы. Применение метода включает в себя ряд преимуществ, которые заключаются в минимизации операционной травмы, интраоперационного контроля прохождения инструмента не только через полость, но и через паренхиматозный орган, более сжатых сроков реабилитационного периода, хороших непосредственных и отдаленных результатов. При этом предполагается включение в группу больных, которым предстоит операция, пациентов с высоким операционным риском.

Цель исследования. Провести оценку эффективности оперативного лечения под контролем УЗИ при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2002 по 2012 год включительно оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем применены у 378 больных с острой абдоминальной патологией. Пункции полостных образований были выполнены 165 пациентам, дренирование – 213. Проанализированы результаты лечения данных больных.

Результаты. Чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря проводилась больным острым холециститом, у которых консервативная терапия в течение 12–24 часов была неэффективной, а наличие у них выраженной сопутствующей патологии определяло высокий риск проведения холецистэктомии. Санационная пункция желчного пузыря обеспечивала снятие внутрипузырной гипертензии, эвакуацию застойного инфицированного содержимо-

го. Во время выполнения операции полость пузыря промывалась раствором антисептика, и в нее вводился антибиотик. Нами произведено 104 пункции желчного пузыря, причем в 18 случаях операция выполнялась повторно. Операция позволяла купировать воспалительный процесс и выполнять холецистэктомию в холодном периоде. В первые годы внедрения данной операции у 3 больных наблюдалось желчеистечение с возникновением желчного перитонита, что потребовало выполнения лапароскопической холецистэктомии. Данные осложнения были связаны с недооценкой признаков внутрипеченочной желчной гипертензии до операции. В настоящее время при наличии желчной гипертензии мы изначально ставим показания к дренированию желчного пузыря.

3 пациента были оперированы по поводу абсцесса печени, им выполнено дренирование абсцессов под контролем УЗИ. У всех данных больных абсцессы располагались в правой доле.

При остром панкреатите осуществляли пункцию жидкостных скоплений, ложных кист у 88 больных. Следует отметить относительную безопасность выполнения данной операции, однако при наличии сформированных кист поджелудочной железы пункции их даже многократные в 86% случаев не привели к регрессу заболевания.

При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их дренирование под ультрасонографическим контролем. Такие вмешательства выполнены у 54 пациентов. При этом в 40 случаях эвакуировано мутно-бурое содержимое, а у 14 гнойное. Данные вмешательства выполняли как по методике Сельдингера, с использованием стандартных дренажей, так и троакарным способом, используя дренаж собственного изготовления.

Чрескожная чреспеченочная холецистостомия была выполнена 117 больным. В 51 случае операция выполнялась при нарастающей механической желтухе в качестве первого этапа хирургического лечения больных. Причем у 14 из них причиной механической желтухи являлся псевдотуморозный панкреатит, и холецистостомия являлась компонентом комплексного лечения заболевания. Наличие эмпиемы желчного пузыря также являлось показанием к холецистостомии у больных с повышенным риском выполнения лапароскопических или лапаротомных операций. У

данной категории больных холецистостомия троакарным способом выполнена в 32 случаях, иглой-катетером – у 16 пациентов и у 6 больных по методике Сельдингера. В 3 случаях попытка выполнения операции оказалась безуспешной: у 2 больных из-за большого количества конкрементов в желчном пузыре и у одной пациентки с ненапряженным мобильным желчным пузырем провести дренаж в просвет пузыря не удалось. Операции ограничились санационными пункциями желчного пузыря. В 2 случаях дренаж прошел насквозь через 2 стенки желчного пузыря, что было диагностировано интраоперационно, больным была выполнена лапароскопия и холецистэктомия с благоприятным исходом. Одному из больных было 96 лет.

12 больным с холангиокарциномой и развитием механической желтухи выполнена холангиостомия под контролем УЗИ. Для получения более длительной желчной декомпрессии необходимо своевременно производить замену жесткого дренажа на мягкий, в противном случае из-за дыхательных экскурсий происходит миграция дренажа за пределы желчного протока.

Дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ осуществлено у 10 больных. Эффективность операции во многом зависит от дооперационного ультразвукового обследования больных с выбором наиболее короткого доступа, но с учетом анатомического расположения близлежащих органов и структур. Также имеет значение достаточный внутренний просвет дренажной трубки. У 7 (70%) больных дренирование под контролем УЗИ обеспечило полную санацию гнойной полости.

Заключение. Оперативные вмешательства под контролем ультразвукового исследования позволяют расширить диагностические возможности и значительно улучшают эффективность лечения больных с хирургической патологией органов брюшной полости. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения минимизирует послеоперационные осложнения.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-КАРДИАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Дубровицк О.И.¹, Мармыш Г.Г.¹, Могилевец Э.В.¹,
Хильмончик И.В.², Баковец Л.С.², Казак И.М.²,
Гульмантович С.Г.², Казеннов С.С.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»²,
Республика Беларусь

В силу непосредственной клинической значимости проблем пищеводно-кардиальных кровотечений портального генеза у пациентов с циррозом печени различной этиологии, из-за тяжести состояния пациентов, увеличивающегося из года в год количества больных, частоты обнаружения варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), составляющих 60% (А.К. Ерамишанцев, 2003), возросшей летальности за последние 10 лет, в 2 раза, остается самой острой дискуссия о ведущих компонентах профилактики и лечебной тактики при этих кровотечениях. Известно, что в течение двух лет после развития первого эпизода кровотечения оно повторяется у 100% больных, летальность при этом составляет 40–50%, еще 30–50% умирают при рецидиве кровотечения (С.В. Гольбиц и соавт., 2007). Портальная гипертензия при циррозе печени означает серьезный прогноз и является причиной смерти у 30–72% больных в течение 5 лет. Все изложенное представляет весьма удручающие объективные факты, которые оставляют эту проблему в числе самых актуальных, трудных и сложных в неотложной хирургии, несмотря на некоторые достигнутые успехи применения новых высокотехнологичных методов в оперативном лечении этих больных и диктуют необходимость поиска возможных путей улучшения качества их жизни и снижения летальности.

Цель исследования состоит в изучении собственных результатов оказания экстренной помощи пациентам циррозом печени с кровотечением из ВРВПЖ портального генеза, в городском центре гастродуоденальных кровотечений (ГДК) для оптимизации лечебной и профилактической тактики.

Материал и методы. В городской центр ГДК клиники общей хирургии за последние 5 лет (2007–2011 гг.) поступило 343 больных с кровотечением из ВРВПЖ портального генеза, а за период с 2002 по 2006 гг. было госпитализировано 285 пациентов. Мужчин было 218 (63,6%), женщин – 125 (36,4%), в возрасте от 21 от 93 лет. Машиной скорой помощи из дома доставлено 249 (72,6%) из больниц города – 53 (15,5%), из поликлиник – 37 (10,8%) и 5 (1,5%) обратились сами. Первые 6 часов от начала кровотечения доставлено 103 (30 %) больных, через 7–24 часа – 71 (20,7%) и позднее 24 часов – 169 (49,3%). Госпитализировано в реанимационное отделение – 148 (43,1%), в хирургическое – 195 (56,9%). Всем больным при поступлении в центр выполнена ЭФГДС. Продолжающееся кровотечение установлено у 237 (69,1%) больных, у 106 (31%) – состоявшееся, при этом у 239 (69,7%) из них в анамнезе эпизоды кровотечения уже были, у 104 (30,3%) кровотечение возникло впервые, у 58 (16,9%) из них цирроз печени с СПГ установлен до развития кровотечения, у 46 (13,4%) кровотечение портального генеза из ВРВПЖ стало первым клиническим проявлением цирроза печени. Из анамнеза установлено – у 247 (72%) больных причиной развития цирроза печени с СПГ было злоупотребление алкоголем, у 42 (12,2%) – перенесенный вирусный гепатит, у 10 (2,9%) врожденная патология гепатобиллиарной системы, пупочный сепсис новорожденных и 44 (12,8%) больных не смогли указать причину развития болезни.

Результаты. При продолжающемся кровотечении из ВРВПЖ у 237 больных после ЭФГДС и установления источника кровотечения немедленно вводился зонд Блекмора, кровотечение было остановлено у всех пациентов. Одновременно проводились интенсивная заместительная инфузионно-трансфузионная терапия и введение вазоактивных препаратов. Для снижения портального давления после стабилизации гемодинамики внутривенно вводились препараты нитроглицерина. Через 8–10 часов после постановки зонда Блекмора снимали компрессию в манжетах, кровотечение возобновилось у 83 (35%) больных, у 70 из них гемостаз достигнут повторным созданием компрессии в манжетах зонда. У 13 (5,5%) остановить кровотечение не удалось, на высоте кровотечения им выполнены оперативные вмешательства. У 66 (19,2%) пациентов при состоявшемся кровотечении во время диагностиче-

ской ЭФГДС выполнен эндогемостаз, в связи с угрозой рецидива у 5 (1,5%) произведено клипирование кровоточащего сосуда. У 35 (10,2%) при стабильном гемостазе выполнено эндосклерозирование ВРВП по принятой в клинике методике. В плановом порядке (через 7–8 дней после остановки кровотечения) проведено эндосклерозирование у 116 (33,8%) больных. За анализируемый период умерло 105 больных, общая летальность составила 30,6%.

Выводы:

1. Активное внедрение эндосклерозации в систему оказания неотложной помощи при состоявшемся кровотечении из ВРВПЖ портального генеза и при прогнозировании риска развития рецидива кровотечения – реальный путь продления жизни пациентов.

2. Для снижения летальности необходимо как можно раньше больных циррозом печени с СПГ и ВРВПЖ направлять в специализированные центры или хирургические отделения для проведения плановой этапной склерозации варикозных вен пищевода.

3. Применив разработанный в клинике алгоритм оказания неотложной помощи и программу ведения этих больных в условиях городского центра ГДК, нам удалось несколько снизить летальность при острых кровотечениях из ВРВПЖ портального генеза. Так, в 2009 г. в центр госпитализировано 63 больных, умерли 28, летальность составила 44,4%; в 2010 г. поступило 90 – умерли 21, летальность – 23,3%; в 2011 г. госпитализировано – 89, умерли 26, летальность – 29,2%.

Литературные ссылки

1. Эндоскопия в диагностике и лечении варикозно расширенных вен пищевода / С.В. Гольбиц [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – Т.166. – № 3. – 111 с.

2. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А.К. Ерамишанцев // 50 лекций по хирургии; под ред. В.С. Савельева. – М.: МедиаМедика. – С. 263–268.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Елесина Н.А., Короленко Е.Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В структуре общей онкологической заболеваемости доля опухолей яичка составляет около 1–1,5% среди мужчин, в структуре всех опухолей урогенитального тракта – 5%. Распространённость заболевания среди детей составляет около 1 случая на 100000 мальчиков [1].

Среди детского населения опухоли яичка встречаются редко и составляют 1–2% от всех солидных.[3] Существует два пика заболеваемости раком яичка: 2–4 года и пубертатный возраст. [2].

Цель. Оценить распространённость и морфологическую структуру злокачественных опухолей яичка у детей в РБ в период с 2001 по 2010гг., а также оценить ёмкость резерва для снижения смертности от данной патологии за счёт группы пациентов, включающую случаи поздней диагностики (диагностики на поздних стадиях развития заболевания).

Задачи:

1. Выявить количество больных злокачественными новообразованиями яичка в возрасте от новорожденности до 17 лет за 10-летний период (2001 по 2010 гг.) в РБ.
2. Определить структуру злокачественных новообразований яичка по их морфологическому строению.
3. Рассчитать показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями яичка у детей в РБ в период с 2001 по 2010 гг.
4. Определить распределение больных раком яичка по возрасту.

Материалы и методы исследования. На базе ГУ «Республиканского научно-практического центра детской онкологии, гематологии и иммунологии» с учётом базы данных «Белорусского канцер-регистра» на период с 2001 по 2010 гг. (10 лет) было выявлено 35 пациентов в возрасте от 0 до 17 лет со злокачественными новообразованиями яичка (МКБ 10 – C62.0, C62.1, C62.9, C63.1, C63.9). Для классификации по нозологическим формам

использована классификация ICCS-3 (2005 г.), по морфологическим формам – классификация ВОЗ ICD-O-3 (2000 г).

Результаты исследования. На протяжении 2001–2010 гг. среди мальчиков в возрасте 0–17 лет было выявлено 35 случаев злокачественных опухолей яичка.

При изучении морфологической структуры опухолей герминоклеточные опухоли составили 60% (21 больной), саркома мягких тканей – 40% (14 больных). Наиболее часто среди герминоклеточных опухолей встречается смешанная герминогенная опухоль (7 человек – 33,3%); остальные представлены опухолью желточного мешка (5 пациентов – 23,8%), незрелой тератомой (3 пациента – 14,3%), типичной семиномой (3 пациента – 14,3%), эмбриональным раком (2 пациента – 9,5%), сперматоцитарной семиномой (1 пациент – 4,8%). Саркома мягких тканей представлена рабдомиосаркомой (эмбриональной, альвеолярной, смешанного типа).

Грубый интенсивный показатель общей онкологической заболеваемости за обследуемый период составил 14,96 на 100,000 мальчиков в возрасте до 17 лет, а грубый интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями яичек – 0,34 случая на 100,000 мужского населения той же возрастной группы, что составляет 2,34% в структуре общей онкологической заболеваемости среди мальчиков.

По возрасту больные распределились следующим образом: 0–1 г. – 2 пациента (опухоль желточного мешка в обоих случаях) – 5,75%; 1–2 г. – 2 пациента – 5,75%; 2–4 г. – 4 пациента – 11,35%; 4–12 лет – 2 пациента – 5,75%; 12–17 лет – 25 пациентов – 71,4%. Пики заболеваемости приходятся на возраст 2–4 г. и в пубертатном периоде, что в совокупности составляет 82,75%.

Согласно стадиям классификации TNM, за весь период времени с 2001 по 2010 год на 1 стадии заболевание было выявлено у 11 пациентов, что составило 31,4% от всех больных; на 2 стадии – у 10 пациентов (28,6%); на 3 стадии – у 3 пациентов (8,6%); на 4 стадии – у 11 пациентов (31,4%).

Заболевание завершилось смертельным исходом в 8 случаях, все из которых были диагностированы на 4 стадии у больных в возрасте 12–17 лет. Среди этих пациентов по морфологической структуре в 3-х случаях опухоль представляла собой рабдомиосаркому, в остальных 5-ти – герминоклеточную опухоль.

Выводы. За 10-летний период в РБ было выявлено 35 пациентов в возрасте до 17-ти лет со злокачественными новообразованиями яичка. Заболеваемость детей злокачественными опухолями яичка в Республике Беларусь 0,34 на 100,000 мужского населения в возрасте до 17 лет. В структуре общей онкологической заболеваемости детей данная патология составляет 2,34%. В морфологической структуре преобладают герминоклеточные опухоли – 60% и саркома мягких тканей – 40%. Наибольшее количество пациентов приходится на возраст 2–4 года и пубертатный период. Во всех случаях смертельных исходов заболевание было выявлено на 4 стадии у детей в пубертатном возрасте.

Литературные ссылки

1. Campbell-Walsh Urology. – 10th ed. /2012: Pediatric Urologic Oncology. Michael L. Ritchey, MD, FAAP, FACS 1 Robert C. Shamberger, MD, Chapter 137.

2. Опухоли яичка. P.Alberts. W.Albrecht, F.Algaba, C.Bokemeyer, G.Cohn-cedermark, K.Fizazi, A.Horwich. – Европейская ассоциация урологов, 2011.

3. Патологическая анатомия герминогенных опухолей. Мацко Д.Е., Иванцов А.О. ГУН НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова, Спб.: Практическая онкология. – Т. 7, № 1 – 2006.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

***Жандаров К.Н.¹, Белюк К.С.², Кухта А.В.¹,
Вихарев А.А.¹, Шило Р.С.²***

***УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь***

Актуальность. В последние годы возрастает число больных хроническим панкреатитом, клиническая картина которого характеризуется различного рода осложнениями со стороны как самой железы, так и окружающих ее органов [1, 2]. Хронический панкреатит в 50–80% случаев наблюдается у лиц трудоспособно-

го возраста, что придает проблеме его лечения не только медицинскую, но и социальную значимость [3, 4, 5]. Также отмечается неуклонный рост желчнокаменной болезни и ее осложнений [6, 7]. В связи с ростом частоты осложненных форм желчнокаменной болезни и хронического панкреатита, а также анатомической общностью выводных протоков печени и поджелудочной железы наблюдается рост сочетанных заболеваний. Поэтому возникает необходимость разработки наиболее эффективных способов лечения сочетанной патологии, что обуславливает актуальность данного метода.

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным стенозом интрапанкреатической части общего желчного протока (ОЖП) с развитием механической желтухи.

Материалы и методы. С помощью разработанной в клинике методики успешно прооперировано 14 пациентов. При поступлении в стационар пациенты с хроническим рецидивирующим панкреатитом в сочетании со стенозом интрапанкреатической части холедоха проходили общеклинические и специальные методы обследования, включающие УЗИ и МРТ. По данным МРТ гепатобилиарной системы расширение главного панкреатического протока от 4 мм до 10 мм в сочетании с признаками билиарной гипертензии имело место у всех 14 пациентов.

Описание технологии метода:

Под общим обезболиванием выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После пункции главного панкреатического протока производят продольную вирсунготомию длиной до 6–12 см с клиновидной резекцией тела и хвоста поджелудочной железы и обязательным вскрытием панкреатического протока в головке поджелудочной железы.

Вторым этапом производится холецистэктомия. Через культю пузырного протока выполняется ревизия желчевыводящих протоков для установления уровня начала стеноза интрапанкреатической части ОЖП.

В последующем, на металлическом зонде Долиотти, введенном через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие, в пристенотической части ОЖП выполняется с помо-

щью диатермокоагулятора клиновидное субтотальное иссечение ткани головки поджелудочной железы до стенки общего желчного протока, в который введен металлический зонд. На этом металлическом зонде и проводится вскрытие ОЖП с продлением разреза вверх до 1,0–1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладываются швы из рассасывающегося материала (дексон 3\0) на атравматической игле для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки (рисунок).

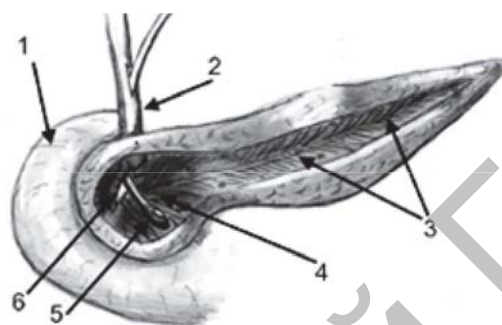


Рис. — Формирование холедохопанкреатического сообщения

1 — двенадцатиперстная кишка, 2 — общий желчный проток, 3 — клиновидно резецированное тело и хвост поджелудочной железы, 4 — клиновидно резецированная головка поджелудочной железы, 5 — зонд Долиотти, 6 — холедохопанкреатическое сообщение

В последующем через культю пузырного протока вводится дренаж (типа Холстеда–Пиковского) и выводится через сформированное нами холедохопанкреатическое соустье во вскрытый панкреатический проток, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет панкреатического протока. Фиксируется дренаж наложением лигатуры из рассасывающего шовного материала (короткого срока) на культю пузырного протока. После контроля гемостаза приступают к следующему этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной из пищеварения по методике РУ петле тощей кишки длиной 30–40 см. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами — по правому и левому боковым каналам и малый таз.

Результаты. Осложнений и летальных исходов не было. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и желтухи не выявлено. Все паци-

енты вернулись к прежней работе при сроке наблюдения до 3 лет после операции.

Выводы. Предложенный метод обладает рядом преимуществ:

1. Не требуются 2 изолированные петли тонкой кишки для формирования отдельных панкреатоеюноанастомоза и холедоеюноанастомоза.

2. Осуществляется декомпрессия как протоковой системы поджелудочной железы, так и желчевыводящих протоков.

3. Уменьшается время оперативного вмешательства за счет более быстрого наложения холедохопанкреатического сообщения.

4. Данный способ может быть осуществлен при холангите с инфильтративно-воспалительными изменениями стенки общего желчного протока и при любом его диаметре.

Таким образом, использование указанного метода значительно улучшает результаты лечения данной патологии.

Литературные ссылки

1. Альперович, Б.И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б.И. Альперович, В.Ф. Цхай, Г.Н. Хабас // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 70–76.

2. Данилов, М.В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.

3. Кудряшова, И.В. Ранняя диагностика хронического панкреатита с позиции использования ультразвуковой томографии и индекса качества жизни (учебно-методические рекомендации) / И.В. Кудряшова. – Смоленск, 2003. – 23 с.

4. Сажин, В.П. Принципы дифференцированного лечения острого панкреатита / В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко, В.А. Юрищев // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, № 1. – С. 56–59.

5. Mori T. Laparoscopic pancreatic cystgastrostomy / T. Mori, N. Abe, M. Sugiyama // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2000. – N 7. – P.28–34.

6. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: Издательский дом Видар. – 2006. – 568 с.

7. Анализ результатов лечения осложненных форм острого холецистита / С.И. Филиппов [и др.] // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Алматы, 27–29 сент. 2006 г. – Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 122.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Жандаров К.Н.¹, Белюк К.С.², Савицкий С.Э.¹,
Ушкевич А.Л.², Русин И.В.¹, Кухта А.В.¹,
Кулага А.В.¹, Карнович В.Е.¹*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь

Цель. Показать возможность применения различных органосохраняющих методик в лечении осложненного хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. В хирургическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» за период 9 лет находилось на лечении 238 больных с хроническим панкреатитом, осложненным патологией протоков поджелудочной железы. Оперировано 157 больных. При наличии хронического панкреатита, осложненного склерополикистозом, кальцинозом головки ПЖ и наличием панкреатической гипертензии выполняли интрапаренхиматозную субтотальную или клиновидную (по типу операции Frey) резекцию головки ПЖ с наложением продольного панкреатоеюноанастомоза по Ру (51). При кистах ПЖ, расположенных по задней или боковым поверхностям ПЖ, выполняли панкреатоцистовирсунгоеюностомию (анастомоз кисты с протоком через ткань ПЖ, а затем производили продольную панкреатоеюностомию) по Ру (42) по разработанной в клинике методике. При расположении кист в отдалении от ПЖ на одной петле по Ру формировали панкреатоцистоеюноанастомоз и продольный панкреатоеюноанастомоз (6). При наличии кист без явлений хронической панкреатической гипертензии или их осложнениях выполняли: программированную лапароскопическую санацию (31) по разработанной в клинике методике, пункции под контролем УЗИ (41), наружное дренирование только при осложнениях (7), панкреатоцистоеюностомию по Ру (14). При свищах ПЖ (15) выполняли: срединную резекцию ПЖ с наложением дистального панкреатоеюноанастомоза (8), дистальную резекцию

(5) и гемипанкреатэктомию (2). При наличии желчной гипертензии из-за патологии в головке ПЖ выполняли: холедохопанкреатоюноанастомоз по разработанной в клинике методике (10), холедохоеюно- и панкреатоюноанастомоз на одной петле по Ру (2). В случаях, когда имелась сочетанная патология с одновременным наличием патологии протоков поджелудочной железы и парапанкреатической кисты, не связанной с протоковой системой, выполняли панкреатоюно- и панкреатоцистоеюно анастомозы на двух петлях по Ру по типу «елочки» (2).

В конце операции с профилактической целью осуществляли дренирование холедохо- и панкреатоюноанастомозов наружу через желчевыводящие пути (по типу Холстеда–Пиковского – 11) и через У-образную петлю (по типу подвесной юностомы – 4). В конце операции обязательно всегда осуществляли дренирование области панкреатоюноанастомоза по верхнему краю поджелудочной железы и дренирование малого таза (90).

Результаты. При выполнении оперативных вмешательств без учета оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку отмечено образование панкреатических свищей из-за недооценки имеющейся хронической панкреатической гипертензии (17) и необходимость повторных оперативных вмешательств, направленных на ее коррекцию (19). В послеоперационном периоде отмечено 3 несостоятельности панкреатоюноанастомоза, и благодаря его дренированию не потребовалось повторного оперативного вмешательства.

Выводы. Применение органосохраняющих операций с экономной резекций ПЖ, одновременным дренированием протоковой системы и кист ПЖ при наличии хронической панкреатической гипертензии позволило значительно снизить послеоперационную летальность и количество осложнений.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

*Жандаров К.Н.¹, Савицкий С.Э.¹, Голышко П.В.¹,
Батаев С.А.², Пыжевский И.В.¹, Мицкевич В.А.¹,
Ушкевич А.Л.², Белюк К.С.², Беляев А.И.¹*

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь

Цель. Показать возможность применения лапароскопических операций у ряда больных с патологией толстой кишки и тазовых органов.

Материалы и методы. За 3 года в онкологии № 1 и проктологическом отделениях УЗ «Гродненская областная клиническая больница» у больных со злокачественными и доброкачественными заболеваниями толстой и прямой кишки, различными видами пролапса тазовых органов с выпадением прямой кишки III степени (инконтиненция III ст.) и ректоцеле III степени произведено 137 лапароскопических операций. По показаниям с учетом предоперационного обследования при наличии доброкачественных и злокачественных новообразований толстой с прямой кишок выполнены: резекция ободочной кишки (31), левосторонняя гемиколэктомия (19), правосторонняя гемиколэктомия (9), передняя резекция прямой кишки (24), брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки (6), брюшноанальная резекция прямой кишки (7), тотальная колэктомия (4), реконструктивно-восстановительная операция при колостоме (11). Все операции выполняли по стандартным методикам с применением видеоассистированной лапароскопической техники согласно онкологическим принципам. Средняя продолжительность лапароскопических операций при первых оперативных вмешательствах была довольно высокой до 4,5–5 часов. В дальнейшем, по мере накопления навыков, она заметно снизилась и составила от 60±20 минут при резекции сигмовидной кишки до 2,5–4,5 ч при реконструктивно-восстановительных вмешательствах у больных с колостомами и тотальной колэктомии.

При пролапсе тазовых органов все операции выполнены с применением лапароскопических и видеоассистированных методик, разработанных в клинике, с использованием аллопротезирования. Для аллопротезирования использовали сосудистые протезы “Vascutec”, а для пластики ректоцеле сначала использовали полипропиленовую сетку, а затем также сосудистые протезы “Vascutec”. Продолжительность оперативных вмешательств составила в среднем 100 ± 17 минут. Методику и объем оперативного вмешательства выбирали индивидуально для каждого больного, в зависимости от предоперационного и интраоперационного обследований.

Результаты. В послеоперационном периоде несостоятельность анастомоза отмечена после низкой передней (1) и брюшноанальной (2) резекций прямой кишки с наложением аппаратного циркулярного шва. В 2 случаях, хорошим послеоперационным дренированием и консервативными мероприятиями удалось ликвидировать микронесостоятельности, 1 больной оперирован повторно. Поэтому для профилактики несостоятельности в последующем применяли (при возможности), дополнительный ряд ручного шва и адекватное дополнительное дренирование брюшной полости и параректальной клетчатки. При патогистологических исследованиях в макропрепаратах находилось достаточное количество л/узлов (8–12), что говорит об адекватно выполненной лимфодиссекции.

Больные, оперированные по поводу пролапса тазовых органов, были осмотрены в среднем через 0,5–2 года после проведенного оперативного лечения, эпизодов рецидива пролапса не отмечено. При анкетировании результатами лечения больные довольны.

Выводы. Анализируя результаты выполненных лапароскопических вмешательств при патологии толстой кишки и тазовых органов, приходим к выводу о том, что практически весь спектр колопроктологических операций в онкологии и при патологии тазовых органов возможно и необходимо при соответствующих для этого показаниях, выполнять с применением лапароскопической техники.

СПОСОБ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ФИСТУЛИЗАЦИИ СПОНТАННЫХ РАЗРЫВОВ ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

*Карпицкий А.С., Боуфалик Р.И., Панько С.В., Журбенко Г.А.,
Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь

Актуальность. У хирургов на сегодняшний день нет единства в вопросах объема и вида оперативного вмешательства при спонтанном разрыве пищевода (Синдром Бурхаве). Летальность остается высокой – 25–85% случаев, и обусловлена, в основном, поздней диагностикой заболевания и несовершенством оперативных вмешательств. Так, несостоятельность шва пищевода при его повреждениях по Республике Беларусь составляет 62%. Если операция выполнена до 6 часов – несостоятельность развивается в 20% случаев. После 24 часов – в 80% случаев. Летальность по РБ при открытых операциях составляет 35.5%, при эндоскопических операциях – 11% (Шестюк А.М. 2011). Спонтанные разрывы пищевода приводят к возникновению грозных гнойных осложнений: эмпиеме плевры, медиастиниту, сепсису. Поэтому на сегодняшний день актуален поиск малотравматичных, малоинвазивных методов лечения этого заболевания.

Цель исследования: разработка оптимального варианта малоинвазивного хирургического вмешательства, направленного на улучшение результатов лечения пациентов с поздно выявляемым синдромом Бурхаве.

Материалы и методы. Наш опыт лечения синдрома Бурхаве основан на 11 случаях, пролеченных в отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы за 10 лет (2002–2012 гг.), что составило 0,15% от всех поступивших больных. Все больные доставлены из районных центров. В городах Бресте, Барановичах, Пинске не было ни одного пациента с синдромом Бурхаве. Средний возраст больных составил 52,6 года, все мужчины. При первичном врачебном осмотре диагноз установлен только у 2-х больных (18,1%). У 9 (82%) пациентов диагноз устано-

влен позднее пяти суток. У всех были острая эмпиема плевры слева, симптомы интоксикации, полиорганная недостаточность. У 3 (27%) пациентов до осмотра торакальным хирургом уже была выполнена лапаротомия (у 1-го – диагностическая, у 2-го – лапаротомия + резекция желудка, у 3-го – холецистэктомия, релапаротомия 1 по поводу “панкреатита”, затем релапаротомия 2 по поводу желудочно-кишечного кровотечения и только после этого торакальным хирургом выполнена торакотомия по поводу синдрома Бурхаве на 12 сутки). В Брестской областной больнице в первые сутки диагноз установлен в 100% случаев.

Результаты. Все пациенты прооперированы в первые сутки после установления диагноза. У 3 (27%) выполнена открытая операция, у 8 (73%) – только эндоскопическая. Всем больным после санации левой плевральной полости в просвет пищевода установлена Т-образная разборная дренажная система собственной конструкции (патент на полезную модель РБ № 3383 от 28.02.2007 г.), которая может использоваться как при торакоскопических, так и при открытых операциях. Суть методики заключается в установке назоинтестинального зонда через сквозное отверстие дренажной трубки, проведенной через левую плевральную полость в место разрыва пищевода. Для этого после мобилизации нижней доли левого легкого и медиастинотомии через сформировавшийся разрыв в нижней трети пищевода назоинтестинальный зонд выводится через левую плевральную полость в торакопорт в 6-м межреберье по средней подмышечной линии. На конце дренажной трубки формируются лепесток и отверстия по окружности трубки. Сформированным лепестком обходится назоинтестинальный зонд, выведенный в торакопорт, и под контролем оптики и фиброгастроскопа происходит погружение конструкции в разрыв пищевода с постепенным продвижением назоинтестинального зонда в желудок и двенадцатиперстную кишку. Дренируется левая плевральная полость. Длительность торакоскопической операции составила 1:30–1:50, открытой – 2:20. Кровопотеря 250 и 500, соответственно. До 9 суток осуществлялась постоянная активная аспирация отделяемого по дренажной трубке, замкнутой в Т-образной системе. Разобщение конструкции производилось на 9–10 сутки с последующей активной аспирацией.

рацией до 15 суток и подтягиванием дренажной трубки раз в 2 дня до 1,5–2 см. Рентгеноскопический контроль производился после разобщения конструкции и на 15 сутки. На 20 сутки дренаж удалялся. С 15 суток питание через рот, затеков контраста не выявлено ни у одного пациента. Рана зажила вторичным натяжением. Средний срок лечения составил 29 дней. Умер 1 пациент (9%), который перенес холецистэктомию, релапаротомию 1 по поводу “панкреатита”, релапаротомию 2 по поводу желудочно-кишечного кровотечения и на 12 сутки торакотомию по поводу нераспознанного синдрома Бурхаве. Причина смерти – правосторонняя пневмония с исходом в гангрену легкого через 1 месяц после установки дренажной системы. Наружный пищеводно-плевро-кожный свищ к этому времени закрылся. Пациент питался через рот.

Выводы. Разработанная Т-образная разборная дренажная система может использоваться как в торакоскопических, так и открытых операциях. Методика видеоторакоскопической фистулизации пищевода малоинвазивна, позволяет сохранить орган, возможно питание пациента в 1-е сутки после операции, отсутствуют проблемы с извлечением дренажа, одновременно проводится санация плевральной полости, не нужна гастростома и эзофагостома. Предложенная нами методика управляемого разборного Т-образного дренажа «избавляет» хирургов от несостоятельности швов пищевода.

Литературные ссылки

1. Карпицкий, А.С. Метод торакоскопического ведения больных с синдромом Бурхаве / А.С. Карпицкий, Р.И. Боуфалик, Б.И. Завадский, А.В. Рыжко, А.М. Шестюк // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – №1. – С. 66–69.
2. Panko, S. Rola laboratoryjnych i instrumentalnych metod w rozpoznawaniu przedziurawienia przelyku / S. Panko, A. Karpitski, A. Shestiuk // Studia Medyczne Akademii Swietokrzyskiej. – Kielce, Polska – 2007. – №. 8. – P. 9–14.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАПАННАЯ ЭЗОФАГОФУНДОПЛИКАЦИЯ КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

*Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А.,
Боуфалик Р.И., Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А.Н.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь

Актуальность. Наиболее часто используемыми и признанно эффективными операциями в хирургии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) на сегодняшний день являются лапароскопические фундопликации, наибольшую популярность среди которых приобрели методики по Nissen и Toupet [1].

Однако формирование манжеты вокруг пищевода в послеоперационном периоде может привести к возникновению ряда осложнений. Так, после фундопликации по Nissen у 20–40% пациентов развивается дисфагия [5, 6], у 19% — невозможность возникновения отрыжки, каждый десятый вынужден придерживаться определенной диеты на протяжении 2–3 лет [4]. После фундопликации по Toupet в отдаленном периоде от 27 до 29% пациентов беспокоят незначительные эпизоды изжоги, 5–9% страдают от умеренной изжоги, а 5% — от выраженной изжоги [2, 3, 4].

В методиках Nissen и Toupet основную антирефлюксную функцию выполняет манжета, которая по всей окружности или частично сдавливает пищевод без восстановления в полной мере анатомических антирефлюксных механизмов, существующих в норме. Неудовлетворённость отдалёнными результатами антирефлюксных операций привела к поиску новых методик хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Цель работы. Разработать методику хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса и ГПОД, которая позволила бы восстановить анатомические антирефлюксные механизмы в зоне абдоминального отдела пищевода и нижнего пищеводного сфинктера.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы 14 пациентам по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы выполнена лапароскопическая клапанная эзофагофундопликация с крурорафией (приоритетная справка по заявке на изобретение в НЦИС РБ № а 20120935). Среди прооперированных 5 мужчин и 9 женщин в возрасте от 36 до 58 лет.

Вмешательство выполняют с использованием видеолапароскопа, имеющего угол оси обзора 30° . В желудок вводится зонд размером 60 Fr. По ходу операции используют 5 лапаропортов. Первый лапаропорт – для видеолапароскопа, устанавливают на 1,5 см выше пупка, второй – для печёночного ретрактора в правом подреберье, третий – в эпигастрии справа по краю рёберной дуги для работы с зажимами, диссектором или иглодержателем, четвёртый – в левом подреберье для аппарата «ЛИГАСУ» и иглодержателя, пятый – на 3 см ниже четвёртого (для зажима) и используется ассистентом. Вначале при помощи аппарата «ЛИГАСУ» производят мобилизацию пищевода, кардии и дна желудка. При этом появляющееся свободное позадипищеводное пространство позволяет беспрепятственно выполнить крурорафию и сформировать эзофагофундопликационный клапан. Далее пищевод в области кардии берут на нить-держалку, концы которой выводят наружу через переднюю брюшную стенку при помощи хирургической скорняжной иглы в левом подреберье по параректальной линии. Формирование эзофагофундопликационного клапана осуществляют по задней и левой боковой стенкам абдоминального отдела пищевода. Обязательным условием является фиксация абдоминального отдела пищевода и дна желудка к ножкам диафрагмы. В сформированном эзофагофундопликационном клапане передняя и правая боковая стенки абдоминального отдела пищевода остаются свободными.

Для оценки эффективности операции в раннем послеоперационном периоде на 4–5 сутки 6 пациентам выполнена полипозиционная рентгеноскопия пищевода и желудка с использованием сульфата бария.

Результаты. Длительность предлагаемого вмешательства составила 98 ± 13 минут, кровопотеря – 50–70 миллилитров. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 7 ± 2 дня. Клини-

чески эффективность лапароскопической клапанной эзофагофундопликации в раннем послеоперационном периоде оценивалась по наличию дисфагии и субъективным проявлениям гастроэзофагального рефлюкса. В 2 случаях пациенты на вторые сутки после операции предъявляли жалобы на умеренное вздутие в эпигастрии, что потребовало назначения прокинетики. По результатам выполненной полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка с использованием сульфата бария отмечено отсутствие заброса контраста из желудка в пищевод во всех случаях.

Выводы:

1. Отличительными особенностями предлагаемой операции является обязательное максимальное низведение нижней трети пищевода в брюшную полость, в зону более высокого внутрибрюшного давления с последующей его фиксацией к ножкам диафрагмы.

2. Формирование клапана на 90° окружности абдоминального отдела пищевода с оставлением свободными 270° .

3. Использование клапанного механизма фундопликации, в отличие от формирования манжеты, исключает развитие дисфагии в послеоперационном периоде.

Литературные ссылки

1. Пучков К.В., Филимонов В.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: Монография. – М.: Медпрактика. – 2003. – С. 70

2. Furnee E.J.B., Draaisma W.A., Breeders L.A. et al. Surgical Reintervention After Antireflux Surgery for Gastroesophageal Reflux Disease. A Prospective Cohort Study in 130 Patients // Arch. Surg. 2008. V. 143(3). P. 267–274.

3. Khajanchee Y.S., O'Rourke R.W., Lockhart B. et al. Postoperative Symptoms and Failure After Antireflux Surgery // Arch. Surg. 2002. V 137. P. 1008–1014.

4. Liu J.Y., Woloshin S., Laycock W.S., Schwartz L.M. Late Outcomes After Laparoscopic Surgery for Gastroesophageal Reflux // Arch. Surg. 2002. V. 137. P. 397–401.

5. Negre J.B. Post-fundoplication symptoms: do they restrict the success of Nissen fundoplication? // Ann. Surg. 1983. V. 198. P. 689–700.

6. Soper N.J., Dunnegan D. Anatomic fundoplication failure after laparoscopic antireflux surgery // Ann. Surg. 1999. V. 22. P. 669–677.

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

*Карпицкий А.С., Панько С.В., Журбенко Г.А., Боуфалик Р.И.,
Шестюк А.М., Вакулич Д.С., Игнатюк А. Н.*

УЗ «Брестская областная клиническая больница»,
Брест, Республика Беларусь

Актуальность. Во всех случаях терапия гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) начинается с назначения адекватных доз современных ингибиторов протонной помпы (ИПП) на срок от 4 до 8 недель. В дальнейшем дозировки препаратов постепенно снижают до поддерживающих с последующим их длительным (в некоторых случаях – годами) приёмом в режиме „по требованию“ [1]. При выявлении у таких пациентов скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) эффективность адекватного консервативного лечения, даже I степени заболевания, составляет 70%, а процент рецидивов после прекращения терапии может достигать 80% [2].

Цель исследования. Определить абсолютные показания к хирургическому лечению у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы на этапе выявления заболевания.

Материалы и методы. В исследование включены 9 пациентов, которые направлены на амбулаторный прием с эндоскопической картиной рефлюкс-эзофагита. Среди них были 4 мужчины и 5 женщин. Средний возраст составил 51 ± 3 года. Анамнез заболевания от 1 года до 3 лет. До обращения к хирургу консервативная терапия не проводилась. Все пациенты обследованы согласно диагностическому алгоритму, который включал в себя: суточную рН-метрию с подсчетом интегрального показателя De-Meester (норма $<14,72$), проведение анкетирования с использованием адаптированных анкет-опросников «GERD-Q» (норма <13), «Velanovich» (норма <25), полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка с сульфатом бария, ФЭГДС.

Результаты. Результаты обследований пациентов оценены нами по балльной системе. За увеличение интегрального показателя De Meester добавляется 2 балла, превышение нормы по результатам анкетирования опросниками «GERD-Q» и

«Velanovich» – по 1 баллу. В случае выявления при рентгеноскопическом исследования пищевода и желудка ГПОД с рефлюксом желудочного содержимого прибавляется 2 балла, рефлюкса без ГПОД – 1 балл. Диагностическим критерием необходимости выполнения оперативного лечения выбрана сумма баллов, набранных всеми методами обследований, равная «5» и «6».

Данные выполнения диагностического алгоритма приведены в таблице.

Таблица – Данные обследования пациентов

Пациент, возраст	Интегральный показатель De Meester/ баллы	Анкета GERD-Q/ баллы	Анкета «Velanovich»/ баллы	Рентгеноскопия пищевода/баллы	Сумма баллов
Г, 47л.	30,74/2	15/1	31/1	Рефлюкс с ГПОД/2	6
М, 45 лет	32,71/2;	12/0	26/1	Рефлюкс с ГПОД/2	5
Л, 44 г.	18,02/2	18/1	44/1	Рефлюкс с ГПОД/2	6
Т, 62 г.	84,10/2	17/1	37/1	Рефлюкс без ГПОД/1	5
В, 68 лет	9,82/0	8/0	17/0	Норма/0	0
П, 52 г.	3,48/0	12/0	32/1	Норма/0	1
А, 42 г.	27,32/2	13/1	27/1	Рефлюкс без ГПОД/1	4
К, 49 лет	7,84/0	11/0	32/1	Рефлюкс с ГПОД/2	3
В, 36 лет	16,53/2	8/0	16/0	Рефлюкс ГПОД/1	3

На основании предложенной балльной шкалы пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 4 пациента (1 мужчина и 3 женщины), которым по результатам диагностического алгоритма было выполнено хирургическое вмешательство без предшествующей длительной консервативной терапии. Вторую группу – 5 пациентов (2 мужчин и 3 женщины), которым была назначена комплексная консервативная терапия в течение 4 недель, включающая сбалансированную диету, изменение об-

раза жизни, назначение ИПП с последующим решением вопроса о тактике лечения в зависимости от полученных результатов.

На данном этапе проводится проспективное исследование по оценке результативности предложенного алгоритма.

Выводы. Балльная оценка приведенных данных обследования пациентов с клинической манифестацией ГЭРБ позволяет выявить отсутствие анатомических антирефлюксных механизмов в зоне пищеводно-желудочного перехода на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, что является показанием к хирургическому лечению без предшествующей консервативной терапии.

Литературные ссылки

1. Dent J., Brun J., Fendrick A.M. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. Gut. – 1999: Vol. 44. – S.1–16.

2. Moayyedi P., Talley N.J. Castro-esophageal reflux disease // Lancet. – 2006. – Vol. 367, № 4. – P. 2086–2100.

БОРИС СТЕПАНОВИЧ ГРАКОВ – ЗАВЕДУЮЩИЙ КАФЕДРОЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ГрГМИ (1973-1979 гг.)

Климович И.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Борис Степанович Граков родился 14 ноября 1931 года во Владивостоке в семье медиков. Отец – Степан Васильевич Граков – хирург, организатор здравоохранения, мать – Евдокия Петровна – операционная медицинская сестра.

В 1955 году Борис Степанович с отличием окончил лечебный факультет и в 1957 году клиническую ординатуру Красноярского государственного медицинского института (КрГМИ).

С 1957 по 1971 год работал ассистентом на хирургических кафедрах, с 1971 по 1973 год был заведующим кафедрой хирургических болезней (КрГМИ).

Борис Степанович Граков 6 лет работал в г. Гродно (с 1973 по

1979 год), где заведовал кафедрой госпитальной хирургии, в настоящее время это 1-я кафедра хирургических болезней. Мне повезло учиться у Бориса Степановича, я был клиническим ординатором кафедры госпитальной хирургии, а затем ассистентом этой кафедры, написал кандидатскую диссертацию под его руководством, которую успешно защитил. Это были самые счастливые годы работы в институте. Борис Степанович сочетал в себе множество талантов – доброжелательный человек, прежде всего, прекрасный, всесторонне подготовленный многопрофильный хирург, ученый, педагог. На Гродненщине он заложил основы развития таких специализированных отделений, как сосудистое, торакальное, так как им уже тогда выполнялись операции на артериях, грудной клетке и готовились специалисты для будущих отделений. Борис Степанович первым в 1961 году, будучи ещё ассистентом кафедры хирургии КрГМИ, внедрил в краевой клинической больнице № 1 г. Красноярска искусственное кровообращение при операциях на сердце. Он был непререкаемым авторитетом для хирургической клиники Гродненской областной клинической больницы. Многие помнят эмоциональные, живые, насыщенные самой актуальной информацией лекции Бориса Степановича, которые увлекали многих студентов и стали основополагающим моментом при выборе будущей специальности. Борис Степанович был всесторонне развитой личностью и всегда отличался активной жизненной позицией. Б.С. Граков являлся разработчиком многих научных направлений. Из его многогранной научной деятельности можно особо выделить три направления:

1. Клинические аспекты биофизических методов исследования «красной» крови.
2. Регионарная внутрисосудистая терапия хирургических заболеваний.
3. Патогенетические методы лечения острого и хронического панкреатита.

Кроме того, под руководством Б.С. Гракова выполнен целый ряд исследований, связанных с проблемами онкологии. Им усовершенствованы способы дренирования гнойных полостей в челюстно-лицевой области, лечения гнойных плевритов в сочетании с бронхоплевральными свищами, предложен способ радиометрического контроля эффективности действия лекарственных

веществ на коллатеральный кровоток при тромбоблитерирующих заболеваниях. Не одна сотня пациентов обязаны ему своей жизнью. Этические и профессиональные принципы, которые заложил Борис Степанович, до настоящего времени чтут и соблюдают хирурги Гродненщины.

Он любил природу, охоту, спорт, мог быть душой любой компании. За все годы работы (4 года) рядом с Борисом Степановичем я не видел, чтобы он кого-то оскорбил или унизил, или просто обидел.

Будучи заведующим хирургическим отделением Лидской ЦРБ в течение 2 лет, я мог в любое время дня и ночи получить по телефону консультацию у Бориса Степановича. Мы очень хорошо помним, когда в атмосфере искренней доброжелательности и наилучшими пожеланиями всесторонних творческих успехов передавалась кафедра профессору Батвинкову Николаю Ивановичу, который сумел сохранить и приумножить те хорошие традиции и начинания профессора Гракова Б.С. в развитии специализированной хирургической помощи на Гродненщине. В настоящее время 1-я кафедра хирургии по праву считается ведущей хирургической клиникой в городе Гродно и Гродненской области.

Узнав о скоропостижной, безвременной (в 63 года) смерти Бориса Степановича, все, кто его знал по госпитальной клинике Гродненского мединститута, не могли поверить в случившееся, но это произошло.

Доктор медицинских наук, профессор, академик АМН СССР, выдающийся хирург, отзывчивый человек и внимательный врач, он приходил на помощь людям в самых безысходных и трагических ситуациях, спас сотни жизней.

Была бы неполная характеристика Бориса Степановича Гракова, если бы не привести кратко хотя бы период его работы ректором КрГМИ (с апреля 1979 до апреля 1994г.) и одновременно заведующим кафедрой субординатуры по хирургии. Позволю себе привести высказывания сотрудников КрГМИ. «Работая ректором, он оставался хирургом, заведовал вновь созданной кафедрой хирургии для субординаторов-хирургов, которая базировалась в Краевой больнице № 1. Он мастерски выполнял сложные операции на органах грудной клетки и живота. Будучи физически здоровым человеком, он мог выполнять многочасовые операции, на-

пример, по пластике пищевода. Результаты были хорошие. Много людей помнят его и его руки. Многим повезло: работать с ним рядом было легко. Его выступления с докладами на международных и государственных форумах всегда вызывали искренний интерес. Он не ездил на курорты, он любил природу с рыбалкой, охотой. Несмотря на большую занятость, он никогда не оставлял лечебной работы. Это было время прогресса, динамичного развития ВУЗа. Строились новые здания, открывались факультеты, появлялись первые международные контакты. В памяти нескольких поколений Борис Степанович остался светлым человеком. Борис Степанович был основателем научной школы. Операции его отличались виртуозной техникой и тем неуловимым, что принято называть «легкой» рукой. Главным научным направлением кафедры и клиники стали вопросы гнойной хирургической инфекции. Эту проблему Борис Степанович курировал в рамках Сибирского отделения Академии медицинских наук. Под его руководством защищено 13 кандидатских и 3 докторских диссертации. Научные направления, которыми занималась руководимая им кафедра, вносили реальный вклад в развитие медицинской науки. Он автор 11 изобретений, что было отмечено специальным знаком "Почетный изобретатель СССР". Во время его руководства институтом созданы первые в России кафедры медицинской психологии, медицинского страхования, менеджмента и маркетинга, колледж по подготовке медицинских сестер с высшим образованием, ставший сегодня пятым факультетом медицинской академии.

Тесное сотрудничество КрГМИ (в настоящее время – Красноярская государственная медицинская академия) с университетами Японии обязано его эрудиции, инициативе и настойчивости.

Борис Степанович ушел из жизни в 63 года. Его смерть потрясла всех, потому что он не болел и не имел хронических заболеваний. 6 апреля 1994 года он пришел на работу в Краевую больницу, поднялся на 9 этаж на кафедру и больше не вышел. В народе говорят, что если человек уходит в другой мир без мучений для себя и окружающих, то это тоже дар божий, это о нем позаботились ангелы-хранители. Дай бог, чтобы так и было».

По инициативе администрации и музейного Совета краевой клинической больницы 2008 год объявлен годом Б.С. Гракова. Это посвящение имеет гуманитарную направленность и истори-

ческие корни. Были и есть на земле Сибирской люди, чья жизнь и многогранная трудовая деятельность повлияли на ход истории. К этой плеяде и относится Борис Степанович Граков, внесший свой вклад в развитие прогрессивных начинаний в медицине.

На здании главного корпуса Красноярской государственной медицинской академии (ул. Партизана Железняка, 1) установлена мемориальная доска, посвященная памяти Бориса Степановича Гракова.

Литературные ссылки

1. Актуальные вопросы хирургии: Сборник материалов краевой научно-практической конференции, посвященной памяти академика Б.С. Гракова. – Красноярск, 2008. – 243 с.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Климович И.И., Дорошенко Е.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

До настоящего времени не разработаны методы направленной метаболической коррекции у больных острым панкреатитом (ОП) при консервативном и оперативном лечении. Наиболее актуальна разработка таких методов при деструктивных формах (ОДП) [1].

Цель работы: поиск способов метаболической коррекции при лечении острого панкреатита.

Материалы и методы. В исследование были включены 62 больных ОДП в возрасте от 31 до 77 лет. Контрольную группу составляли 27 больных, в том числе 7 больных после операций, 11 больным с деструктивным панкреатитом, ферментативным перитонитом проводилась диагностическая лапароскопия, которая оканчивалась дренированием брюшной полости; остальные больные (9) получали обычное консервативное комплексное лечение. Метод метаболической коррекции применен у 35 больных ОДП. Из них 16 больных были после операций. 13 больных были с деструктивным панкреатитом, ферментативным перитонином,

которым проводилась лапароскопия. Остальные больные (6) получали консервативное лечение. Показатели пула свободных аминокислот сравнивались с таковыми у 109 здоровых доноров.

Кроме общеклинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, нами проведено исследование фонда свободных аминокислот и их производных в плазме крови [2]. Кровь для определения свободных аминокислот забирали в день поступления больных, при выписке, а у больных, которым применялась метаболическая коррекция – через 5 и 15 суток после её начала.

Содержание свободных аминокислот и их производных в хлорнокислых экстрактах плазмы крови и тканях определяли методом ионообменной хроматографии [2].

Результаты и обсуждение. В группе больных, получавших коррекцию аминокислотами (полиамин, по 400 мл в течение 5 суток), весьма редко определяется фибриноген В. Протромбиновый индекс у больных, получавших стандартное лечение, находился на верхней границе нормы, в то время как у получавших полиамин он был достоверно ниже. Активность альфа-амилазы крови через 3 суток после начала лечения становилась достоверно ниже, чем при традиционном лечении (табл.), а активность диастазы мочи, как правило, приходила к норме через 5–6 дней при применении полиамина, в то время как при традиционном лечении она нередко оставалась повышенной до 10 суток.

Таблица – Лабораторные и клинические показатели, характеризующие эффективность лечения больных ОДП

	Поступление	15 сут. после начала лечения	
		контроль	полиамин
Фибриноген В, г/л	$0,38 \pm 0,03$	$0,21 \pm 0,02$	$0,10 \pm 0,02\#$
Протромбиновый индекс	$0,98 \pm 0,06$	$0,98 \pm 0,04$	$0,85 \pm 0,04\#*$
альфа-амилаза крови, 3 сут., г/ч л	$371,3 \pm 21,1$	$162,2 \pm 27,0$	$111,8 \pm 26,5*$
Мочевина крови, мМ	$11,2 \pm 1,3$	$9,1 \pm 1,2$	$8,0 \pm 0,71$
Белок общий, г/л	$55,1 \pm 1,7$	$58,7 \pm 2,7$	$64,8 \pm 2,2\#$
Диурез (мл)	$803 \pm 72,1$	1302 ± 333	1955 ± 326

Примечание: $p < 0,05$ по сравнению с группами:

* – контроль, # – поступление

Кроме этого, в группе больных, получавших полиамин, снижались проявления эндотоксикоза (уровень мочевины крови, постепенно увеличивалось содержание белка в плазме крови, снижалась температура тела, увеличивался диурез) быстрее, чем при традиционном лечении. Продолжительность стационарного лечения больных ОДП после применения полиамина уменьшалась на 10–12%.

У больных ОДП имелся выраженный аминокислотный дисбаланс: был снижен уровень таурина при повышенном уровне предшественника – цистеиновой кислоты; уровни треонина, серина, глутамата, глицина, метионина, ароматических аминокислот, орнитина и лизина и мочевины, но повышен уровень глутамина в плазме крови. Это позволяет предположить угнетение мочевинообразования, возрастание относительной значимости синтеза глутамина в обезвреживании аммиака. Обращает на себя внимание тенденция к общему обеднению аминокислотного фонда плазмы крови, несмотря на наличие массивной катаболической реакции. Как при поступлении, так и при выписке были снижены уровни аминокислот с разветвленной углеводородной цепью (валина, лейцина и изолейцина).

Применение полиамина у больных ОДП повышало уровень орнитина в плазме крови, что может свидетельствовать об активации цикла мочевинообразования. Концентрация глутамина к концу лечения нормализовалась, чего не наблюдалось после традиционного лечения. Концентрации цистина, треонина, валина, изолейцина, глицина и серина также нормализовались к концу лечения. Концентрации аланина, глутаминовой кислоты, этаноламина и гистидина достоверно повышались к концу лечения. Применение полиамина нормализовало также уровни серосодержащих аминокислот: цистина и метионина.

Заключение. Применение полиамина у больных ОДП оказывает выраженный клинический эффект, который заключается в улучшении показателей гемостаза, уменьшении симптомов эндогенной интоксикации и тромбоопасности [3], а также оказывает корректирующее влияние на основные звенья аминокислотного дисбаланса, имеющегося при ОДП, и уменьшает сроки пребывания больных в стационаре.

Литературные ссылки

1. Гарелик, П.В., Жандаров, К.Н., Савицкий, С.Э. и др. Острый деструктивный панкреатит. Диагностика, тактика и лечение: методические рекомендации. – Гродно, 2008. – 32 с.
2. Amino Acids (Chemistry, Biology, Medicine) / Ed. Lubec C., Rosental J.A. // N.Y.: Escom, 1990. – 1196 p.
3. Морфологические изменения в поджелудочной железе и аминокислотный дисбаланс при остром панкреатите / П.М. Ложко, Л.И. Нефёдов, И.Г. Жук, В.Ю. Смирнов, Е.М. Дорошенко, М.Н. Курбат // Здоровоохранение. – 1997. – № 2. – С. 17–19.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АППЕНДЭКТОМИЙ

*Колешко С.В., Цилиндзь И.Т., Польшинский А.А.,
Амиев Р.В., Филипович А.В.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) – наиболее распространённое хирургическое заболевание в мире. За последнее десятилетие лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) становится всё более популярной за счёт более точной диагностики заболевания, лёгкого течения послеоперационного периода, сокращения сроков пребывания в стационаре, раннего восстановления трудоспособности, а также хорошего косметического результата после операции [1]. Тем не менее, остаётся открытым вопрос, какой вид аппендэктомии предпочесть [2].

Цель исследования: проанализировать и обобщить результаты лечения пациентов с острым аппендицитом.

Материалы и методы. Нами проведен сравнительный анализ результатов лечения 349 пациентов с ОА, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с 2010 по 2011 годы. Возраст пациентов был от 16 до 73 лет, женщин было 178 (51,3%), мужчин – 171 (48,7%). В качестве критерия формы аппендицита были использованы заключения гистологических исследований.

Результаты. За два года в клинике из всех 3144 операций по поводу различной хирургической патологии было проведено 349 (11,1%) операций по поводу ОА. Из них ЛА была произведена в 234 (67,1%) случаях, что от общего числа лапароскопических операций (1281) составило 18,3%. Открытым способом было прооперированно 115 (33%) пациентов. По поводу катарального аппендицита было выполнено 24 (20,9%) операции, из них в одном случае ОА сочетался с наличием дивертикула Меккеля, а одна пациентка была во 2-м триместре беременности. Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован у 72 (62,6%) пациентов, из них 2 пациентки были на поздних сроках беременности. По поводу острого гангренозного аппендицита было прооперированно 19 пациентов, что составило 16,5% от общего числа пациентов, прооперированных открытым способом. Из них в 7 (36,8%) случаях была выявлена перфорация червеобразного отростка, осложненная наличием местного перитонита – 3 случая, диффузного перитонита – 2 случая, разлитого перитонита – 1 случай и в одном случае аппендикс располагался ретроцекально ретроперитонеально и осложнялся наличием ретроцекального абсцесса. Из осложнений после аппендэктомии из лапаротомного доступа мы наблюдали: нагноение послеоперационной раны – 5 пациентов (4,4%), у 2 пациентов (1,8%) – абсцесс брюшной полости, у 1 (0,9%) – ранняя спаечная кишечная непроходимость, что сопоставимо с данными других авторов [3]. Основной причиной выбора в пользу открытой аппендэктомии являлись: недостаточная профессиональная подготовка хирурга, спаечный процесс в малом тазу и правой подвздошной ямке, позднее поступление пациента в стационар с наличием клиники перитонита, сочетание клиники ОА с беременностью поздних сроков, а также наличие общих противопоказаний к лапароскопии (острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая недостаточность, обструктивные заболевания легких и др.). Лапароскопическим способом было прооперировано 234 пациента, что составило 67,1% от всех аппендэктомий. Острый катаральный аппендицит был выявлен у 49 (20,9%) пациентов, из них у 5 (10,2%) пациентов пришлось перейти на открытую аппендэктомию из-за выраженного спаечного процесса в малом тазу (1 случай), отсутствия рабочего пространства из-за ожирения 3 степени (1), ретроцекального ретроперито-

неального расположения аппендикса (3). Острый флегмонозный аппендицит был диагностирован в 162 (69,2%) случаях. При этом конверсия была осуществлена у 11 (6,8%) пациентов в связи с ретроцекальным ретроперитонеальным расположением червеобразного отростка – 8 случаев, расположением отростка в рыхлом инфильтрате – 2 случая, и в одном случае ОА сочетался с терминальным илеитом. Острый гангренозный аппендицит был выявлен в 23 случаях, что от общего числа лапароскопических аппендэктомий составило 9,8%. При данной патологии к переходу на открытую аппендэктомию пришлось прибегнуть в 14 (60,9%) случаях. Причиной конверсии явились: ретроцекальное ретроперитонеальное расположение отростка – 5 случаев, перфоративный аппендицит с перитонитом (5), расположение верхушки отростка в тазовом инфильтрате (1), спаечный процесс в подвздошной ямке (1), вскрывшийся аппендикулярный абсцесс (1), подпеченочное расположение аппендикса (1). При наличии аппендикулярного перитонита мы считали возможным закончить операцию лапароскопическим способом только тогда, когда имелась возможность обеспечить адекватную санацию брюшной полости. Переход от ЛА к открытой аппендектомии был осуществлен в 30 случаях, что составило 12,8%. Из осложнений после ЛА мы наблюдали инфильтрат правой подвздошной ямки – у 5 (2,1%) пациентов, которые после проведения консервативного лечения выздоровели.

Заключение. Таким образом, учитывая минимальную травматизацию брюшной стенки и полости, минимальный контакт инфицированного материала с тканями брюшной стенки и, следовательно, уменьшение риска раневых осложнений, возможность ограничиться диагностической лапароскопией или выполнить лапароскопическое вмешательство при обнаружении другой патологии, хорошую переносимость, хорошие косметические результаты, раннюю реабилитацию, малую вероятность спаечного процесса в брюшной полости, ЛА можно с полным правом считать эффективным и перспективным методом лечения ОА.

Литературные ссылки

1. Тимошин, А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А.Л. Шестаков. – М.:

Триада-Х, 2003. – 216 с.

2. Дронов, А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт) /А.Ф. Дронов, В.И. Котлобовский, И.В. Поддубный // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 3. – С. 16–20.

3. Николаев, Н.Е. Основные причины до- и послеоперационных осложнений острого аппендицита / Н.Е. Николаев, Н.Я. Бовтюк, И.Б. Потенко // Хирургия. Восточная Европа. – 2012. №1. – С. 112–117.

ЗАПУЩЕННЫЕ ФОРМЫ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

Колоцей В.Н., Кринец О.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь,
Центральный госпиталь провинции Бие, г. Куито, Ангола

Актуальность. Инвагинация является самым часто встречаемым видом приобретенной кишечной непроходимости, составляющей 70–80 % всех видов кишечной непроходимости у детей. Особенно часто заболевание встречается в азиатских странах, Австралии, Африке. В большинстве случаев причины неизвестны. Считают, что предрасполагающими факторами могут быть высокая подвижность слепой кишки, мезаденит, полипы и другие доброкачественные опухоли стенки кишки, геморрагическая пурпура, кишечные инфекции и другие. Несмотря на немалое число клинических исследований и публикаций об этом серьезном для детского возраста заболевании, существуют все еще нерешенные проблемы, касающиеся этиопатогенеза, клинических симптомов и частоты их проявления, методов лечения и его результатов.

Цель работы: презентация трех запущенных случаев инвагинации, лечившихся в хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие.

Материалы и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2009–2012 гг. проходили лечение 3 пациента с крайне запущенной формой илеоцекальной инвагинации. Это были дети в возрасте от 5 месяцев до 1 года и 8 месяцев. Сроки от момента забо-

левания до поступления в стационар составили от 7 до 11 суток.

Результаты. При поступлении в стационар у всех детей состояние тяжелое. Живот вздут, болезненный во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. По ходу толстого кишечника пальпировалось мягкоэластическое подвижное болезненное образование колбасовидной формы. Диагноз у этих больных затруднений не вызывал, так как головка инвагината выходила через заднепроходное отверстие на расстояние от 15 до 25 см. В связи с этим не было необходимости в проведении дополнительных диагностических исследований.

Учитывая наличие инвагинационной кишечной непроходимости, осложненной перитонитом, после кратковременной предоперационной подготовки все больные были подвергнуты срочному оперативному лечению. Выполнить дезинвагинацию во всех случаях удалось лишь частично в связи с выраженными некротическими изменениями в тонкой кишке. Кроме этого, были отмечены очаги некроза в слепой кишке, а также восходящем отделе толстого кишечника. Поэтому всем пациентам была произведена резекция тонкого кишечника, правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. В послеоперационном периоде проводилось лечение: инфузионная терапия, антибиотики, обезболивающие, спазмолитики. Летальных случаев отмечено не было, больные на 12–14 сутки были выписаны из стационара.

Заключение. Наличие запущенной инвагинации, осложненной кишечной непроходимостью и перитонитом, является показанием к срочному оперативному лечению. Поздняя обращаемость за медицинской помощью приводит к невозможности произвести дезинвагинацию и развитию некротических изменений в тонком и толстом кишечнике. При этом операцией выбора будет являться резекция тонкого кишечника с правосторонней гемиколэктомией и наложением илеотрансверзоанастомоза.

Литературные ссылки

1. Баиров, Г.А. Срочная хирургия детей. – СПб., 1997, – С. 165–170.
2. Исаков, Ю.Ф. Степанов, Е.А., Красовская, Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М., 1988. – С. 148–154.
3. Рошаль, Л.М. Неотложная хирургия детского возраста. – М., 1996. – С. 80.

АСКАРИДНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Колоцей В.Н., Кринец О.В., Лужко А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь,
Центральный госпиталь провинции Бие, г. Куито, Ангола

Актуальность. Данный вид острой кишечной непроходимости наиболее часто встречается у детей в странах с жарким тропическим климатом, где не соблюдаются элементарные гигиенические требования. Обычным местом обитания аскарид служит тонкий кишечник, но они способны активно перемещаться в выше- или нижележащие отделы. Частое осложнение аскаридоза – непроходимость кишечника, которая обусловлена закрытием просвета кишечника клубком из аскарид или вследствие нарушения нервно-мышечной регуляции тонуса кишки.

Цель работы: оптимизировать подходы к диагностике и лечению данного вида кишечной непроходимости.

Материалы и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2010–2012 гг. проходили лечение 14 пациентов с аскаридной кишечной непроходимостью, из них 12 (85,7%) были дети в возрасте от 5 месяцев до 8 лет, а также 2 женщины (14,3%) 32 и 53 лет. Сроки поступления в стационар составили от 3 до 7 суток от начала заболевания.

При поступлении в стационар были характерные жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, вздутие живота, задержку стула и газов. При объективном обследовании пальпаторно в гипогастрии выявлялись опухолевидные болезненные образования продолговатой формы, у 8 больных (57,1%) были отмечены положительные симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости во всех случаях были обнаружены чаши Клойбера. В 8 (57,1%) случаях был выставлен диагноз перитонита, еще 6 (42,9%) больным была выставлена острая кишечная непроходимость.

Все больные были подвергнуты срочному оперативному лечению. Окончательный диагноз устанавливался во время операции. После выполнения лапаротомии было установлено, что тонкий кишечник буквально нафарширован паразитами, в 4 случаях

(28,6%) это отмечалось практически на всем протяжении от связки Трейца до илеоцекального угла, у 10 больных (71,4%) скопления аскарид носили более локальный характер. Пальпаторно складывалось ощущение, что тонкая кишка заполнена проволокой. Тонкий кишечник был расширен, гиперемирован, отечен, в 2 случаях (14,3%) имелись участки с некротическими изменениями, отмечался серозный или серозно-геморрагический выпот.

Результаты. В 10 случаях (71,4%) была произведена энтеротомия с извлечением основной массы аскарид, причем в 6 случаях понадобилось выполнение энтеротомии на 2 участках тонкой кишки, а в одном случае на 3-х. У 2 больных (возраст 1 год и 2 месяца и 5 лет) (14,3%) в связи с явлениями гангрены тонкой кишки была выполнена резекция участка тонкого кишечника с эвакуацией аскарид с наложением межкишечного анастомоза. Во всех случаях операцию заканчивали санацией и дренированием брюшной полости.

В послеоперационном периоде проводилось лечение: обезболивающие, инфузионная терапия, цефтриаксон, гентамицин, метронидазол. После активации моторики кишечника назначали противопаразитарные препараты (мебендазол или албендазол). Летальных случаев отмечено не было, все больные на 10–18 сутки были выписаны из стационара.

Заключение. Таким образом, следует констатировать, что аскариды могут вызывать полную обтурацию тонкой кишки. Диагноз острой хирургической патологии, как правило, сомнений не вызывает, однако причина непроходимости выявляется во время оперативного лечения. В плане операции – лапаротомия, энтеротомия, в случаях гангрены тонкой кишки – резекция участка кишки с межкишечным анастомозом.

Литературные ссылки

1. Генис, Д.Е. Медицинская паразитология. М.: Медицина. – 1991. – 240 с.
2. Козлов, С.С., Плотников, К.П., Усков, А.Н., Васильев, В.В. Гельминтозы. Атлас-справочник. "Вестник инфектологии и паразитологии", 2000.
3. Озерецковская, Н.Н., Зальнова, С.С., Тумольская, Н.И. Клиника и лечение гельминтозов. – Л.: Медицина. – 1985. – 184 с.
4. Хирургические болезни под ред. С. М. Смотрина. Гродно: ГрГМУ. – 2011. – С. 129–132.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

*Кондратенко Г.Г., Леонович С.И., Протасевич А.И.,
Василевич А.П., Куделич О.А.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Панкреатит до сих пор является потенциально смертельным заболеванием, имеющим многочисленные осложнения и затрагивающим огромные ресурсы. Рекомендательные стандарты в этой области продолжают разрабатываться.

Цель. На основании собственного опыта и анализа опубликованных данных других авторов сформулировать принципиальные подходы к лечению гнойно-воспалительных осложнений некротизирующего панкреатита.

Материалы и методы. Сообщение основано на 12-летнем опыте диагностики и лечения больных с острым панкреатитом в УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска. Проведен анализ республиканской статистики и разработок в этом направлении отечественных и зарубежных авторов.

Результаты. Мы не располагаем сегодня реальными данными о динамике заболеваемости тяжелым некротизирующим панкреатитом. Всего по поводу острого панкреатита в стационарах оказывается медицинская помощь 8–10 тысячам пациентов. Число оперируемых пациентов в течение последних лет имеет тенденцию к неуклонному росту. Такая тенденция не обусловлена увеличением оперативной активности, которая на протяжении последних 4-х лет остается стабильной и цифры ее составляют 10,2–11,6%.

В клинике пролечено более 7 тысяч больных панкреатитом, тяжелых форм было 23%, всего выполнено 1013 операций. Удельный вес деструктивных форм острого панкреатита составлял 25–27%. Им страдают преимущественно лица мужского пола, средний возраст которых 42 года. Динамика количества оперированных нами больных имеет тенденцию к росту.

Опираясь на классификацию Атланты, в течении тяжелых некротизирующих панкреатитов выделяем 2 фазы: стерильную и инфицированную. Выделение инфицированного панкреонекроза

обусловлено тем, что инфицирование некротических тканей сопровождается многократным увеличением летальности и числа разнообразных осложнений, существенно удлиняющих сроки лечения и размеры медико-экономических затрат.

Поскольку течение ОП при первичном осмотре в первые часы заболевания не может быть достоверно спрогнозировано, каждый пациент должен быть госпитализирован. Классические шкалы прогноза, такие как Ренсон, радиологическая Бальтазар и интенсивная АРАСН I–II, в первые 48 часов имеют низкое прогностическое значение и только с 3-го дня от начала проявлений болезни они дают адекватное отображение ситуации. Поиск достоверных ранних критериев прогнозирования продолжается.

Существует зависимость инфицирования от масштаба некротических очагов: распространённый панкреонекроз, по нашим данным, почти неминуемо трансформируется в инфицированный. Обычно это происходит на 2–3-й неделе от начала заболевания за счёт транслокации эндогенной микрофлоры из кишечника. Об этом свидетельствует превалирующее число кишечной микрофлоры, которое мы высекали из материала панкреатогенных гнойно-некротических очагов.

Роль антибактериальной профилактики гнойно-воспалительных осложнений некротизирующего панкреатита в последние годы переживает период переоценки. Высокая температура, выраженность воспалительного синдрома и тяжелое общее состояние в первые дни острого панкреатита не требует антибактериального лечения, т.к. является не следствием бактериальной инфекции, а результатом синдрома системного воспалительного ответа. Антибиотики назначаются при некрозе более 30% поджелудочной железы, т.к. инфицирование более мелких очагов панкреонекроза наблюдается редко. В целях профилактики инфицирования показано использование имипинема, цiproфлоксацина и фторхинолонов, хорошо пенетрирующих в поджелудочную железу и создающих тканевые концентрации, которые превышают минимально подавляющие для большинства возбудителей панкреатит-ассоциированной инфекции.

По нашим данным, при крупномасштабном панкреонекрозе полноценная профилактика инфицирования очага деструкции не обеспечивается, однако она способна отдалить сроки проведения некрсеквестрэктомии.

Среди лабораторных средств диагностики до сих пор наиболее убедительно об инфицировании говорит рост лейкоцитоза свыше $15 \times 10^9/\text{л}$ и увеличение уровня С-реактивного белка в крови свыше 200 мг/л.

КТ-исследование даже с контрастным усилением, сделанное ранее 3-х дней от начала заболевания, является бесполезным. КТ без контрастного усиления не имеет никакого смысла и его назначение следует считать ошибкой. Патогномичным КТ-признаком инфицирования некротических тканей является наличие «пузырьков» газа в зоне деструкции.

Мы разделяем позицию других хирургов, что при всех формах инфицированного панкреонекроза показаны хирургические мероприятия. Наличие жидкостных образований при тяжелом панкреонекрозе является показанием для чрескожных пунктирно-дренирующих вмешательств. Наш опыт 44 пунктирно-дренирующих вмешательств под УЗИ-контролем свидетельствует об их эффективности при определенных условиях.

Лечение инфицированного панкреонекроза раньше было задачей исключительно открытой хирургии. С введением малоинвазивных и эндоскопических методик в мировой практике произошла внятная диверсификация. Наряду с открытыми вмешательствами, в распоряжении хирургов находятся видеоассистированная ретроперитонеоскопическая некрэктомия (показания – левосторонняя локализация гнойно-септического очага, поражение ближе к хвосту поджелудочной железы) и эндоскопическая трансгастральная некрсеквестрэктомия (показана при локализации гнойно-некротических поражений в зоне головки поджелудочной железы).

«Золотым» стандартом лечения инфицированного панкреонекроза остается традиционное открытое хирургическое вмешательство. Послеоперационная летальность при инфицированном панкреонекрозе за последние два десятилетия существенно снизилась. Оптимальным моментом проведения таких операций сегодня считается промежуток с 3 по 4 неделю. Обоснование этому заключается в следующих факторах: лучшая демаркация некротических и здоровых тканей ПЖ; некротические участки могут быть удалены с меньшим риском кровотечений; некрэктомии сопровождаются меньшей потерей функционирующей ткани ПЖ; меньше вероятность послеоперационной экзо- и эндокринной не-

достаточности.

Для доступа чаще использовали срединную лапаротомию, после широкой оментобурсотомии выполняем некрсеквестрэктомию путем дигитоклазии, чтобы избежать кровотечений. Дополнительное дренирование позадибодочных пространств проводим люмботомическим доступом. Дренажные конструкции размещаем вне зон крупных сосудистых стволов и стенок кишечника.

Околоободочная клетчатка слева была поражена в 75% наблюдений, справа в 9% и двусторонний характер был в 16% случаев. Развитие поздних аррозивных кровотечений в забрюшинном пространстве наблюдали у 10 пациентов. В разные периоды заболевания у 12 больных диагностированы дигестивные свищи, в 3 случаях наружные панкреатические свищи.

Выводы. Основу хирургического лечения гнойно-воспалительных осложнений распространенного панкреонекроза должен составлять принцип дифференцированного подхода к выбору, последовательности и виду оперативных вмешательств.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ ПРИ ЭПИСПАДИИ

Короленко Е.Н., Гордионов Д.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Недержание мочи при эписпадии является одним из актуальных вопросов в современной урологии. Эписпадия встречается у 1:50 000 новорожденных, причем у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек. До 90% всех форм эписпадии составляет тотальная и субтотальная эписпадия, сопровождающиеся недержанием мочи [1]. По данным исследования Kramer и Kelalis (1982 г.) чаще всего недержание мочи встречается у пациентов с тотальной и субтотальной формами эписпадии (у 46 детей из 49 больных – 93,9%), реже – при стволовой (15 пациентов из 21 – 71,4%) и не встречается у пациентов с головчатой формой [2].

Несмотря на большое количество предложенных открытых

оперативных вмешательств, а также малоинвазивных методик (эндоскопические операции), проблема радикального излечения недержания мочи не решена. И те, и другие методы имеют ряд преимуществ и недостатков, которые не позволяют им стать эффективными на 100%. Это требует неоднократных вмешательств для достижения полного удержания мочи. Выбрать наиболее подходящую конкретному пациенту методику лечения довольно трудно, так как следует учитывать пол, возраст, вид и степень врожденной аномалии развития, характер и количество перенесенных ранее оперативных вмешательств.

Цель. Оценить результаты различных видов оперативного лечения недержания мочи у пациентов с тотальной и субтотальной эписпадией и их комбинаций.

Материалы и методы исследования. На базе Республиканского центра детской урологии УЗ «2-я городская детская клиническая больница» с 2009 по 2010 год было выявлено 6 пациентов с недержанием мочи, причиной которого явилась субтотальная и тотальная формы эписпадии. Возраст – 5–12 лет. По полу пациенты распределились следующим образом – 5 мальчиков и 1 девочка. Больные с данной патологией были разделены в зависимости от вида оперативного лечения на следующие группы:

- эндоскопическая коррекция недержания мочи;
- укрепление шейки мочевого пузыря по державину;
- укрепление шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом.
- сочетание операции державина с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом.

Все пациенты наблюдались нами в течение от полугода до 2 лет после проведения оперативного лечения.

Результаты исследования. Пациент Р., мальчик, 8 лет. Больному была проведена эндоскопическая коррекция (введение дефлюкса в зону наружного сфинктера). После данной процедуры у пациента достигнуто полное удержание мочи. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев. Осложнений и рецидивов заболевания не наблюдалось.

Больной К., мальчик, 12 лет. Проведена первично эндоскопическая коррекция. В результате наблюдалось отсутствие недержания в течение первых 2 недель, после чего у этого пациента возобновились явления недержания мочи. Для последующего лече-

ния спустя 8 месяцев была проведена открытая операция: сфинктеропластика по Державину с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом, после проведения которой было достигнуто полное удержание (наблюдение за ребёнком в течение 10 месяцев).

Пациент В., мальчик, 9 лет. Выполнена операция по методу Державина. В ближайшем послеоперационном периоде было достигнуто полное удержание мочи. Спустя 1 месяц у ребенка вновь проявились симптомы недержания. Через 2 года (в возрасте 11 лет) пациенту была проведена эндоскопическая коррекция недержания мочи (введение дефлюкса). Отмечено отсутствие недержания мочи в течение 1 года.

Пациент А., девочка, 5 лет. Как первичный метод лечения была выполнена операция по укреплению шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом. В результате выполненного оперативного вмешательства достигнуто полное удержание мочи. Наблюдение за ребёнком проводилось в течение 2 лет.

Двум другим пациентам (мальчики) в возрасте 6 лет выполнено оперативное вмешательство, представляющее собой сочетание метода Державина с укреплением шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом. Оба пациента отмечают отсутствие недержания мочи (наблюдение пациента С. в течение 1 года, пациента Т. – 8 месяцев).

Выводы. Сочетание операции Державина и укрепления шейки мочевого пузыря мышечно-фасциальным лоскутом позволило достичь положительного эффекта во всех случаях. Эндоскопическое лечение является эффективным методом лечения недержания мочи при эписпадии и в некоторых случаях может использоваться как первичный метод лечения.

Литературные ссылки

1. Campbell-Walsh Urology. – 10th ed. / editor-in-chief, Alan J. Wein, editors, Louis R. Kavoussi [et al.]. 2012: Exstrophy-Epispadias Complex. John P. Gearhart, MD I Ranjiv I. Mathews, MD Chapter 124.

2. Недержание мочи. J.W. Thuroff (руководитель), P. Abrams (заместитель руководителя), A. Schroder, K.-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro. Перевод: Ю.В. Алымов, Научное редактирование: Е.И. Велиев. Европейская ассоциация урологов, 2010.

3. Чухриенко, Д.П., Люлько, А.В., Романенко, Н.Т. Атлас урогинекологических операций: <http://www.uroweb.ru>.

КОМБИНИРОВАННАЯ ФЛЕБЭКТОМИЯ С ЭНДОВАЗАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ТРОФИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кузьмин Ю.В., Богдан В.Г., Толстов Д.А., Иванова Т.Е.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) с развитием трофических нарушений, вплоть до образования язв, является актуальной проблемой хирургии. В России из 35 млн человек, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей, 15% имеют декомпенсированную форму заболевания с выраженными трофическими нарушениями кожи и рецидивирующими трофическими язвами. Проведение стандартной флебэктомии и необходимости выполнения многочисленных разрезов в области трофических расстройств приводит нередко к длительно незаживающим послеоперационным ранам, к увеличению длительности лечения пациентов и снижению эффективности оперативного лечения. Все это диктует поиск новых решений данной проблемы [1–2].

Цель исследования. Оценить эффективность и продемонстрировать технические особенности выполнения эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) при ВБ, осложненной трофическими нарушениями

Материалы и методы. ЭВЛК с использованием высокоэнергетического хирургического Nd-YAG лазера «Фотек ЛК-50-4» производства Республики Беларусь с длиной волны 1,34 мкм было выполнено 53 пациентам в возрасте от 36 до 74 лет с ВБ (основная группа). Средний возраст составил $55,1 \pm 6,4$ года. Женщин было 33 (62,3%), мужчин – 20 (37,7%). Хроническая венозная недостаточность (ХВН) по классификации CEAP встречалась: С4 – у 16 (30,2%) пациентов, С5 – у 7 (13,2%) и С6 (варикозные язвы до 5 см²) у 30 больных (56,6%). ВБ пациенты страдали от 5 лет до 31 года.

У 23 пациентов в области голени был выраженный липодер-

матосклероз, у 30 – варикозные язвы диаметром от 0,3 до 2 см. В основном трофические нарушения при варикозной болезни связаны с варикозной трансформацией большой подкожной вены (БПВ) и ее бассейна.

В контрольной группе, в которую вошли 49 пациентов, выполнялась стандартная флебэктомия в различных модификациях. Контрольная группа не отличалась от основной по полу, возрасту, и характеру основной и сопутствующей патологии. В контрольную группу, как в основную, были включены пациенты с ХВН от С4 до С6 (с варикозными язвами до 5 см²).

Результаты. В основной группе выполнить стандартную ЭВЛК БПВ удалось только у 21 (39,6%) пациента, у остальных 32 больных провести световод на всем протяжении по ходу БПВ не удалось. Причинами этого были: у 7 (13,2%) пациентов облитерация БПВ на голени из-за ранее перенесенного тромбофлебита, у 25 (47,2%) пациентов из-за выраженной варикозной трансформации БПВ.

Нами были разработаны технические приемы проведения световода в БПВ:

1. С использованием оригинального проводника из зоны кроссэктомии световод проводили ретроградно до внутренней лодыжки через зону дерматолипосклероза и язвы, без дополнительных разрезов (приоритетная справка на изобретение № а 20111459).

2. При невозможности провести световод как по ходу БПВ, так и ретроградно из зоны кроссэктомии до внутренней лодыжки одномоментно, в верхней трети голени выполняли дополнительный разрез, дающий доступ к БПВ. Выше по вене открывался доступ к переднему подколенному притоку и перфорантной вене Бойда, ниже по вене – к вене Леонардо. Из данного доступа сначала выполняли ЭВЛК БПВ и при необходимости переднего подколенного притока и перфорантной вены Бойда, а затем ЭВЛК БПВ на голени и при необходимости вены Леонардо (приоритетная справка на изобретение № а 20120892).

Через сутки после операции интенсивность болевого синдрома в области голени и в области язвы значительно снижалась. Значительно уменьшался отек на голени, уменьшалось количество отделяемого из варикозной язвы. Послеоперационные раны в

основной группе зажили первичным натяжением. В контрольной группе у 18 (36,7%) пациентов было отмечено развитие воспаления послеоперационных ран в области трофических нарушений, что потребовало снятия швов и проведения дополнительного лечения воспалительного процесса с увеличением сроков лечения и дополнительных материальных затрат.

Длительность стационарного лечения пациентов основной группы была достоверно ($p < 0,05$) меньше и составила $8,9 \pm 3,2$ суток, тогда как в контрольной группе она была равна $21,4 \pm 5,3$ суток. Срок заживления язв у пациентов обеих групп достоверно не отличался и составил от 8 до 14 суток.

Заключение

1. Лечение больных ВБ с ХВН С-4, С-5, С-6 по классификации СЕАР по разработанной нами методике с использованием ЭВЛК Nd-YAG лазером с длиной волны 1,34 мкм является эффективным способом, с хорошим клиническим результатом.

2. Предложенный метод позволяет избежать выполнения дополнительных разрезов в области трофических нарушений и, как следствие, снизить риск развития воспаления в области послеоперационных ран.

3. Разработанный метод эндовазальной лазерной коагуляции подкожных вен с выраженной варикозной трансформацией с развитием ХВН С4-С6 позволяет уменьшить на 12,4 суток продолжительность стационарного лечения с $21,4 \pm 5,3$ до $8,9 \pm 3,2$.

Литературные ссылки

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. – Мн.: Выш. шк. – 2005. – 253 с.

2. Основы клинической флебологии / под ред. Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина. – М.: Медицина. – 2005. – С. 202–222.

3. Флебология: руководство для врачей / под ред В.С. Савельева. – М: Медицина. – 2001. – 664 с.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Лабунец И. Н.¹, Жилко А.А.², Прохоров А. В.¹

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»²,
Минск, Республика Беларусь

В последние десятилетия в связи с созданием современной техники произошло активное развитие и внедрение в повседневную практику торакоскопических хирургических вмешательств. На этапе внедрения торакоскопия применялась в основном как диагностический метод, но в последние годы она стремительно отвоевывает позиции у «открытой хирургии» как лечебный метод. Преимущества видеоторакоскопии неоспоримы: малая травматичность пособия, снижение риска инфекционных осложнений за счет сокращения продолжительности операции и размеров входных ворот, хороший косметический эффект, сокращение госпитального периода и сроков временной нетрудоспособности.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей видеоторакоскопического метода в хирургическом лечении доброкачественных новообразований органов грудной полости.

Материалом для данной работы послужили результаты выполненных 308 видеоторакоскопических вмешательств, произведенных в торакальном отделении МГКОД за период с 2008 по 2011 год. В работе был использован видеоэндоскопический комплекс и инструментарий компании «Karl Storz». Возраст оперированных пациентов составлял от 18 до 81 года.

Результаты. Диагностическая торакоскопия с целью уточнения распространенности злокачественного опухолевого процесса и его верификации выполнена у 167 пациентов (54%). Лечебные видеоторакоскопические операции по удалению доброкачественных новообразований органов грудной полости произведены у 141 больного (46%). Максимальные размеры удаленных опухолей легких достигали 3 см, средостения – 8 см. Структура лечебных торакоскопий была представлена энуклеацией опухолей легкого (32), атипичной резекцией легкого (41), удалением кист (33)

и опухолей средостения (28) и плевры (7). Наиболее часто опухоли легких были представлены хондрогамартомами (46), в 8 случаях была верифицирована лейомиома, в 7 – склерозирующая гемангиома, реже встречались солитарная фиброзная мезотелиома (5), фиброма (7). Новообразования средостения и плевры были представлены целомическими кистами перикарда (13), бронхогенной кистой (17), энтерогенной кистой (3), неинвазивными тимомами (11) и невриномами (9). В 6 случаях были диагностированы липомы и по одному наблюдению – фиброма и абберантный загрудинный зоб.

Средняя продолжительность операций составила $46 \pm 5,4$ минут, кровопотеря – до 100 мл. Средний дооперационный койко-день – $2,0 \pm 1,3$ дня, послеоперационный – $5,0 \pm 1,6$ дней.

Интраоперационная конверсия в торакотомию при удалении доброкачественных опухолей легких и средостения произошла в 6 случаях (4,3%). Причиной этому послужили: инструментально непальпируемая опухоль легкого – 3, интраоперационное кровотечение – 1, полная облитерация плевральной полости – 2.

Послеоперационные осложнения при видеоторакоскопическом удалении доброкачественных новообразований органов грудной полости отмечены у 3 пациентов (2,1%): длительный нестабильный пневмостаз – 2, послеоперационный плеврит – 1, которые были разрешены консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

Выводы:

1. Видеоторакоскопия является альтернативой открытым хирургическим вмешательствам при лечении доброкачественных новообразований органов грудной полости.

2. Достаточное инструментальное обеспечение делает метод безопасным, надежным, позволяет значительно сократить операционный и послеоперационный периоды, избежать многих интра- и послеоперационных осложнений, характерных для торако- и медиастинотомий.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОЛОНОСКОПИИ

Лагодич Н.А.¹, Воробей А.В.^{1,2}, Сикорин С.А.³

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»¹,

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии и лазерной хирургии (РЦ РХГ, КП и ЛХ)²,

УЗ «Минская областная клиническая больница»³,

Минск, Республика Беларусь

Актуальность. На протяжении нескольких десятков лет отмечается неуклонный рост колоректального рака (КРР). Сегодня в мире частота развития данной патологии у мужчин стоит на 2-м, а у женщин на 3-м месте среди онкологических заболеваний. В Республике Беларусь, как и в других странах мира, отмечается постоянный рост заболеваемости КРР. С 1980 по 2010 гг. заболеваемость раком прямой кишки увеличилась в 2,4 раза (с 8,9 до 21,0 на 100 тыс. населения), а заболеваемость раком ободочной кишки в 3,9 раза (с 6,5 до 25,6 на 100 тыс. населения). Чаще всего КРР возникает из аденом толстой кишки. По данным литературы, на основе скрининговых колоноскопий, распространенность аденоматозных полипов в толстой кишке составляет 18–36% и прогрессивно увеличивается в возрасте 50–75 лет на 20–25%. На трансформацию тубулярной аденомы в рак требуется около 8–10 лет. Абсолютное большинство образований, выявляемых при колоноскопии (до 95–97%) имеет размеры до 1 см. Одной из задач профилактики рака толстой кишки является выявление ранних форм новообразований. Наиболее чувствительным методом обнаружения новообразований толстой кишки остается колоноскопия, но возможность во время исследования максимально точно установить характер этих новообразований и выбрать лечебную тактику многие годы была «мечтой» эндоскопистов. Частично в выборе места проведения биопсии может помочь хромокопия. Развитие новых технологий (электронное увеличение – ZOOM; спектральной оценки отраженного от объекта света, формирующего видеоизображение – FICE) для повышения качества эндоскопического осмотра позволяют прогнозировать патологические изменения слизистой оболочки в зависимости от типа строения ямок (устьев крипт слизистых желез) и непосредственно

во время исследования выбрать лечебную тактику.

Цель исследования: анализ собственных первых результатов применения методики колоноскопии с увеличением и виртуальной хромоэндоскопией в дифференциальной диагностике доброкачественных и потенциально злокачественных новообразований толстой кишки.

Материалы и методы. В РЦРХГ, КП и ЛХ на базе УЗ «Минская областная клиническая больница» с августа 2012 года начало проводиться изучение эффективности системы FICE, усиливающей контрастность поверхности слизистой оболочки без применения красителей, и ZOOM в диагностике полиповидных образований толстой кишки размером до 1 см. На сегодняшний день проанализирован результат колоноскопии с увеличением и виртуальной хромоэндоскопией 41 новообразования толстой кишки малых (до 0,5 см) и средних (0,6–1,0 см) размеров. Для исследования применяли видеоэндоскопическую систему Fujinon EPX-4400 в комплекте с видеоколоноскопом EC-450ZW5/L. Первоначально выполняли исследование в обычном освещении, затем для улучшения контрастности сосудистой сети и лучшей визуализации границ между различными тканями проводили осмотр в одном из режимов FICE (R540, G480, B420, усиление 1) с последующей оценкой поверхности образования в электронном увеличении. Для контроля достоверности интерпретации структуры ямок на поверхности новообразования (pitpattern по Kudo) проводили морфологический анализ.

Результаты. При оценке 41 полиповидного образования слизистой оболочки толстой кишки с помощью виртуальной хромоэндоскопии с увеличением в 35 случаях определялся III L и III S тип структуры ямок, указывающий на аденоматозную природу новообразования с 1–2 степенями дисплазии. Это было в 100% подтверждено при морфологическом анализе – в 34 случаях выявлена тубулярная аденома и в 1 случае зубчатая аденома. При плоских образованиях (2 тип Парижской классификации опухолей) встречался pitpattern III S типа, при возвышающихся образованиях (1 тип Парижской классификации) отмечался pitpattern III L типа. В 6 наблюдениях эндоскопическая картина была подобна для pitpattern II типа – гиперпластические полипы. Однако морфологическое исследование подтвердило наше предположе-

ние только в 3 случаях, а в 3 других – выявило тубулярную аденому с 1–2 степенью дисплазии. При повторной оценке видеозендоскопической картины описанных случаев расхождения заключений выяснили, что поверхность новообразований соответствует pitpattern III S типа, который представлен округлыми ямками меньшего диаметра, чем pitpattern II или I типа.

Выводы:

1. Внедрение в повседневную практику ZOOM-колоноскопии с виртуальной хромоэндоскопией позволит существенно улучшить диагностику минимальных изменений слизистой оболочки толстой кишки и позволит определять лечебную тактику непосредственно во время исследования без предварительного морфологического заключения.

2. В период освоения ZOOM-колоноскопии контролем достоверности интерпретации поверхностной морфологии (структуры ямок – pitpattern) новообразований должен быть гистологический анализ.

Литературные ссылки

1. Шерстнова, Е.М. Современные методы диагностики и лечения больных с ворсинчатыми новообразованиями толстой кишки. Клиническая эндоскопия. – 2011; 3 (29): 22–36.

2. R. Fujita, J.R. JassM., Kaminishi. Early Cancer of the Gastrointestinal Tract. Springer. – Verlag, Tokyo, 2006.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

Леонков А.С., Ромашко Е.А., Филиппович В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По данным ВОЗ, заболеваемость варикоцеле составляет 11,7% во всей популяции мужчин, и достигла 25,4% в группах мужчин с бесплодием (Khera M., Lipshultz L.I., 2008). Основными проблемами, связанными с варикоцеле, является бесплодие и болевой синдром у ряда пациентов.

Если рассматривать вопрос о конкретном оперативном вмешательстве, то каждый метод имеет право на свое существование в случае, если он устраняет патологический сброс венозной крови и не приводит к возрастанию венозной почечной гипертензии. Существуют две группы операций при варикоцеле – окклюзирующие и неокклюзирующие, при которых не только прекращается сброс крови в гроздьевидное сплетение, но и сохраняется отток крови из почки.

Наиболее употребительными в настоящее время являются: эмболизация яичковой вены с помощью баллонов или спиралей, лапароскопическая варикоцелэктомия, операция Паломо и Иванисевича, микрохирургическая варикоцелэктомия.

Цель исследования. Проанализировать эффективность основных методов лечения варикоцеле по данным литературы.

Материалы и методы. Проанализированы литературные данные об эффективности различных методов лечения варикоцеле.

Операция Иванисевича заключается в перевязке яичковой вены в забрюшинном пространстве для устранения обратного кровотока по ней в сторону яичка. Достоинством данной операции является простота и низкая стоимость. Недостатком – частые рецидивы (10–25%) за счет *vena cremasterica* и *vena gubernaculum testis*, другие осложнения – водянка оболочек яичка – (7%), перевязка яичковой артерии (до 50%). Длительное послеоперационное восстановление (7–14 дней). Частота полного успеха операции 50–75%. *Операция Поломо.* Эта операция является модификацией операции Иванисевича и ее достоинства и недостатки аналогичны последней.

Лапароскопическая варикоцелэктомия. Операция проводится под общим обезболиванием. В области живота делают три прокола по 5 мм: в области пупка, между пупком и подвздошнойостью справа, и левее пупка на 5–6 см. Через прокол в области пупка хирург вводит видеокамеру, которая передает увеличенное изображение на монитор, через два других вводят миниатюрные зажимы и ножницы. Этими инструментами выделяют артерию и вены яичка из-под брюшины. После выделения вен их клипируют титановыми скобками либо пересекают аппаратом Лигашу (LigaSure). Преимущества: не требуется разреза в паховой области, как правило, удается сохранить яичковую артерию и избежать

в дальнейшем атрофии яичка. Быстрое восстановление (1–2 дня). Недостатки: частые рецидивы (5–15%) за счет *vena cremasterica* и *vena gubernaculum testis* (две вены, которые обеспечивают отток крови из яичка вместе с его собственной веной недоступны при лапароскопическом вмешательстве). Другие осложнения: водянка оболочек яичка – 10%. Потенциально могут возникнуть осложнения, характерные для лапароскопических операций. Частота полного успеха операции 85–90%.

Эмболизация яичковой вены с помощью баллонов или спиралей (эндоваскулярный метод). В последние десятилетия разработаны и внедрены в клиническую практику методы эндоваскулярной окклюзии яичковых вен, а также методики эндоваскулярной электрокоагуляции левой яичковой вены при варикоцеле. Основные этапы этих методов схожи и заключаются в следующем: выполняют пункцию бедренной вены справа, проводят гибкий проводник и по нему специальный катетер по бедренной, нижней полой, левой почечной венам, осуществляют селективную флебографию с 10–15 мл рентгеноконтрастного вещества (омнипак, урографин, ультравист и др.), после чего выполняют окклюзию расширенной семенной вены дистальнее отхождения коллатералей (паравертебральных, паранефральных, ретроперитонеальных). Окклюзия может осуществляться несколькими способами:

1. С помощью склерозирующего агента (тромбовар, варикоцид, этоксисклерол, гипертонический раствор глюкозы с моноэтаноламидом).

2. Механическая эмболизация спиралью Гиантурко Андерсена–Валлас, отделяемым силиконовым баллоном, цианокрилатами, ивалоновой пломбой, металлическими окклюдерами.

3. Комбинированная эмболизация – баллонная или окклюзия спиралью в сочетании со склеротерапией.

4. Электрокоагуляция монополярным электродом, введение горячего контрастного вещества.

Преимуществами данных методов является отсутствие разреза, быстрое восстановление (1 сутки). Недостатками является частое рецидивирование (от 10–15% случаев при одностороннем варикоцеле до 30–49% при двустороннем варикоцеле, в среднем 7–25%) за счет коллатеральных (обходных) вен, высокая рентгеновская нагрузка на пациента и медицинский персонал. Возможна перфорация (повреждение) яичковой вены. Частота полного

успеха 60–80%.

Микрохирургическая варикоцелэктомия. Выполняется под эпидуральной или спинномозговой анестезией с использованием разреза длиной 3–4 см на уровне наружного отверстия пахового канала. Выделяется семенной канатик, рассекается фасция семенного канатика и обнажаются входящие в его состав элементы. С помощью операционного микроскопа находится яичковая артерия, которая берется на держалку и отводится в сторону. Далее под микроскопом аккуратно выделяются вены семенного канатика, по которым осуществляется патологический венозный дренаж из яичка, и лигируются. Затем в рану выводится яичко и выполняется перевязка и пересечение вен gubernaculum testis и веточек наружной семенной вены. Рана послойно ушивается. Преимущества: крайне редкое повреждение яичковой артерии (2–3% случаев), быстрое послеоперационное восстановление (2–3 дня), низкая частота рецидивов. Недостатки: длительное микрохирургическое вмешательство, высокая стоимость. Частота осложнений: водянка оболочек яичка – 0%, рецидивы – 0,5%. Частота успеха 95–98%.

Заключение. Ни один из перечисленных методов не дает полной гарантии излечения варикоцеле, поэтому предпочтение должно отдаваться наиболее простому и освоенному методу из имеющихся в арсенале хирурга.

Литературные ссылки

1. Алхасов, Г.М. Двустороннее варикоцеле. Эпидемиология и диагностика: Дис. канд. мед.наук. – М., 2004.
2. Кадыров, З.А., Мингболатов, Ф.Ш., Ишонаков, Х.С. Эффективность методов оперативного лечения варикоцеле // Новые методы диагностики и лечения в клинической практике. Сборник научных работ научно-практической конференции. – М., 2005.
3. Кадыров, З.А., Божедомов, В.А., Ишонаков, Х.С. Некоторые экономические расчеты методов оперативного лечения варикоцеле // Новые методы диагностики и лечения в клинической практике. Сборник научных работ научно-практической конференции. – М., 2005.
4. Перевод из S.W. McCallum, S.K. Girardi and M. Goldstein, Varicocele; in Atlas of clinical Urology, Vol. 1 Impotence and Infertility / Current Medicine Inc., 1999.
5. Khera M., Lipshultz L.I., 2008.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ МЕТОДОМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Логаш Е.И., Рычагов Г.П., Бородинец А.Л., Попков О.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Об актуальности проблемы геморроя во всем мире говорит высокое число пациентов – 4,4–36,4% населения [1]. В Минском городском центре колопроктологии на базе УЗ «3-я ГКБ им. Е.В. Клумова» ежегодно оперируется более 300 пациентов, причем из года в год их количество растет. Так, в 2011 г. по поводу геморроя прооперировано 335 пациентов, что составило 29% от плановых операций и 17% от всех операций за текущий период.

Разнообразие методик, большое количество научных работ говорят о том, что до настоящего времени нет универсального метода лечения.

Принципиально новым методом лечения является фотодинамическая терапия (ФДТ). ФДТ имеет обширный потенциал для использования во многих областях медицины, но такие уникальные ее свойства, как селективное действие, низкий риск местных и системных осложнений, возможность многократного применения [2]. Однако ФДТ для лечения геморроя до сих пор не нашла применения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения геморроя в результате использования ФДТ.

Материалы и методы. В работе использован комплекс многоцветный фототерапевтический «Ромашка», основанный на сверхъярких светодиодах, и фотосенсибилизатор (ФС) «Фотолон». В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 66 пациентов с геморроем 2–3 ст., госпитализированных в отделение проктологии для оперативного лечения. В зависимости от способа лечения все больные были разделены на три группы: 1–24 пациента, пролеченных методом ФДТ, 2–20 пациентов, оперированных с последующей комбинированной фототерапией послеоперационной раны анального канала, и 3 – контрольная, 22 пациента, у которых применялась традиционная оперативная методика лечения. Состав групп был сопоставим по

полу, возрасту, форме и тяжести заболевания. Мужчины составили 75%, 65% и 63,64% в 1, 2 и 3 группах, соответственно. Пациентам первой группы с помощью инсулинового шприца вводился сенсibilизатор фотолон в область геморроидального узла в объеме 1 мл, а затем проводилось внутривидеальное контактное облучение неполяризованным светом соответствующего узла с помощью аппарата «Ромашка» с длиной волны $\lambda_{\text{изл}}=0,405$ мкм с экспозицией 3 минуты и плотностью мощности излучения 250 мВт/см^2 . Затем проводилось воздействие светом длиной волны $\lambda_{\text{изл}}=0,630$ мкм плотностью мощности излучения 300 мВт/см^2 с экспозицией 3 минуты. Пауза между воздействием «фиолетовым» и «красным» светом составляет минуту. Процедуры проводятся ежедневно. Курс лечения 3–5 процедур на каждый узел. Пациенты 2-й и 3-й групп оперированы по методу Миллигана–Моргана во 2ой модификации (с ушиванием слизистой наглухо). Затем пациентам 2ой группы в первую фазу раневого процесса (первые 3–4 суток после операции) на область операции проводилась комбинированная фотодинамическая и фоторегуляторная терапия по следующей методике: после обработки антисептиком рана орошалась 0,5% раствором фотолон на 15 минут и проводилось облучение раневой поверхности неполяризованным излучением $\lambda_{\text{изл}}=0,405$ мкм плотностью мощности 250 мВт/см^2 в течение трех минут. После минутной паузы проводилось 10 минутное свечение поляризованным источником $\lambda_{\text{изл}}=0,870$ мкм плотностью мощности 150 мВт/см^2 . Во вторую фазу раневого процесса проводилась комбинированная фоторегуляторная терапия и местно используются мази, ускоряющие процессы регенерации (метилурацил, солкосерил и др.): начиная с 5 суток, на послеоперационную область проводилось поочередное свечение поляризованным источником облучения $\lambda_{\text{изл}}=0,520$ мкм с плотностью мощности 150 мВт/см^2 в течение 10 минут и облучение поляризованным светом диапазона $\lambda_{\text{изл}}=0,870$ мкм плотностью мощности 150 мВт/см^2 в течение 10 минут. Курс терапии составил 6–8 дней. Пациентам 3-й группы после операции проводились перевязки с мазовыми турундами [3].

Основными этапами оценки нами избраны день поступления, 1, 3, 7 и 30 сутки после операции. Клиническими критериями эффективности лечения служили интенсивность и продолжительность болевого синдрома, выделение крови и выпадение гемор-

роидальных узлов. Проводились ректороманоскопия, сфинктероманометрия до проведения лечения и через 1 месяц (оценивались стрессовый и активный тонус). Морфологические исследования у пациентов 1 группы проводились до лечения и через 1 месяц после проведенного курса лечения. Исследовали вид и количество высеваемой микрофлоры у пациентов 2 и 3 групп на 1, 3 и 7 сутки после операции.

Результаты. До начала лечения пациенты предъявляли жалобы на выделение крови из заднего прохода (80,3%), выпадение геморроидальных узлов, самопроизвольно вправлявшихся (24,2%) или требовавших ручного вправления (75,8%), боли в покое (19,7%) или связанные с дефекацией (30,3%). При ректороманоскопии в анальном канале определяются увеличенные багрово-синюшные геморроидальные узлы, в ряде случаев легко кровоточащие при осмотре. Не было выявлено достоверных различий между группами по всем изучаемым критериям.

В первые сутки от начала лечения у пациентов 2 и 3 групп отмечен выраженный болевой синдром (послеоперационный), требовавший применения наркотических препаратов (sol. promedoli 2% 1,0 ml 3 раза в сутки) 7–10 по визуально аналоговой шкале боли (ВАШ). У пациентов 1 группы лишь у 6% отмечено усиление болей, связанное с проведением процедуры лечения, потребовавшее однократного введения ненаркотических анальгетиков. Установлено, что наиболее часто высеивается *E.Coli* – 50%. *E.faecalis* выявлен в 31%. На долю *K.pneumoniae* пришлось 14,3%. *E.cloacae* выявлен в 4,8%. Достоверных различий при сравнении концентраций микроорганизмов ($\times 10^4$) КОЕ/мл для пациентов 2 и 3 групп не выявлено.

На 3 и 7 сутки от начала лечения у пациентов 1 группы существенных отличий не наблюдалось. У пациентов 2 группы, по сравнению с 3 группой, отмечено снижение болевого синдрома и уменьшение концентрации микроорганизмов ($\times 10^3$) КОЕ/мл.

На контрольном осмотре через 1 месяц от начала лечения пациенты 1 группы предъявляли жалобы на выпадение геморроидальных узлов, самопроизвольно вправлявшихся (4,5%), жалоб на выделение крови из заднего прохода или боли не было. При ректороманоскопии в анальном канале определяются незначительно увеличенные бледно-розовые геморроидальные узлы. При микро-

скопическом исследовании по сравнению с данными до начала лечения установлено, что количество расширенных сосудов в поле зрения значительно уменьшилось, просвет отдельных из них пуст (нет застоя). В строме отмечается склероз с очагами ангиогенеза, что говорит о процессе компенсации. По данным сфинктероманометрии до лечения и через 1 месяц существенных различий нет.

Через 1 месяц от начала лечения пациенты 2 и 3 групп предъявляли жалобы на выделение крови из заднего прохода (5% и 9%, соответственно) и боли при дефекации (5% и 13,6%). По данным сфинктероманометрии до лечения и через 1 месяц отмечено существенное снижение стрессового и активного тонуса.

Выводы:

1. ФДТ с помощью многоцветного фототерапевтического комплекса «Ромашка», основанного на сверхъярких диодах и ФС «Фотолон», является малоинвазивным высокоэффективным способом лечения геморроя 2–3 ст.

2. Разработанный нами способ позволяет купировать симптомы геморроя в более краткие сроки, не несет угрозы послеоперационных осложнений, существенно улучшает качество жизни и может применяться в амбулаторных условиях.

3. Применение ФДТ по предлагаемой нами методике в послеоперационном периоде в случаях, где имелись показания к оперативному лечению геморроя, способствует более легкому и гладкому течению послеоперационного периода, что проявляется существенной микробной деконтаминацией раны, более ранним купированием симптомов 1 фазы раневого процесса, сокращением сроков ее заживления.

Литературные ссылки

1. Воробьев, Г.И, Шелыгин, Ю.А, Благодарный, Л.А. Геморрой. – М.: Митра-Пресс. – 2002. – 192 с.

2. Карандашов, В.И. Современное применение фототерапии / В.И. Карандашов, Е.Б. Петухов // Медицинская помощь. – 2004. – № 1. – С. 24–27.

3. Способ лечения колопроктологических заболеваний методом фототерапии: инструкция по применению. Утв. Министерством здравоохранения Респ. Беларусь 03.10.2008г. Рег. № 027-0308 / Русинович В.М., Рычагов Г.П., Логаш Е.И., Гинюк В.А. // Мн., 2008. – 11с.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Маркова Я.А.¹, Борсуков А.В.², Богданов А.Е.³, Нарезкин Д.В.¹

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития России»¹,
ПНИЛ «Ультразвуковые исследования и Малоинвазивные технологии»²,
Российский государственный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова³,
Смоленск, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Современная герниология вооружена точными анатомическими сведениями и огромным опытом. Изучены этиологические факторы и патогенез грыж. Подвергнуто анализу множество способов операций, выделены наиболее патогенетически обоснованные. Достигнутое не исчерпывает проблемы, не снижает её актуальности. В литературе все чаще указывается на то, что для улучшения результатов хирургического лечения необходимо учитывать не только общее состояние, но и анатомо-функциональные особенности передней брюшной стенки в зоне герниопластики, степень морфологических изменений тканей. Анализ последних публикаций показывает, что вопросы индивидуальной оценки состояния различных ее компонентов и выбора способа герниопластики на основе морфологических и топографо-анатомических данных разработаны недостаточно и нуждаются в дальнейшем изучении [1, 2, 3, 4].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) на основе оценки особенностей строения элементов передней брюшной стенки, индивидуализации лечебной тактики с использованием УЗ-исследования и современных синтетических эндопротезов.

Материал и методы. В исследование вошли пациенты (табл. 1), которым за период с 2006 г. по май 2011 г. в клинике факультетской хирургии Смоленской государственной медицинской академии выполнялась герниопластика полипропиленовым сетчатым трансплантатом («Линтекс», Санкт-Петербург) в плановом порядке – 107 больных. Возраст пациентов составил от 34 до 84 лет, средний возраст 40,5 лет.

Таблица 1 – Общая характеристика больных основной и контрольной групп

		Основная	Контрольная
n		50	57
Средний возраст		56	59
	51 – 70 лет	31 (62%)	33 (57,9%)
Мужчины		41 (82%)	15 (26,3%)
Женщины		9 (18%)	42 (73,7%)
Chevrel-Rath	M	49 (98%)	55 (96,5%)
	L	1 (2%)	2 (3,5%)
	W1	19 (38%)	22 (38,6%)
	W2	24 (48%)	26 (45,6%)
	W3	5 (10%)	7 (12,3%)
	W4	2 (4%)	2 (3,5%)
	W5		
	R	6 (12%)	8 (14%)
	R1	3	3
	R2	2	4
	R3		
	R4	1	
	R5		1

Сопутствующая патология выявлена у 43 (75,4%) больных контрольной группы, у 37 (74%) больных в основной.

Распределение пациентов основной и контрольной групп по сопутствующей патологии представлено в таблице 2.

Длительность грыженосительства в контрольной группе составила от полугода до 16 лет. Сроки возникновения грыжевого выпячивания с момента первой операции варьировали: в первые 6 месяцев после операции грыжа появилась у 16 (28,1%) пациентов, через 6 месяцев – 1 год – у 27 (47,4%), от года до 2-х лет – у 11 (19,3%), свыше 2 лет – у 3 (5,2%) больных, соответственно.

Длительность грыженосительства в основной группе составила от полугода до 13 лет. Сроки образования грыжевого выпячивания с момента первой операции варьировали: в первые 6 месяцев после операции грыжа возникла у 13 (26%) пациентов, через 6 месяцев – 1 год – у 22 (44%), от года до 2-х лет – у

11 (22%), свыше 2 лет – у 4 (8%) больных, соответственно.

Таблица 2 – Распределение больных контрольной группы по сопутствующей патологии

Заболевание	Абсолютное число больных контрольная группа (%)	Абсолютное число больных основная группа (%)
Артериальная гипертензия	19 (44,2)	13 (26%)
Ишемическая болезнь сердца	24 (55,8)	16 (32%)
Бронхиальная астма, пневмосклероз	2 (4,7)	3 (6%)
Язвенная болезнь желудка и 12ПК	3 (5,3)	3 (6%)
Желчнокаменная болезнь	2 (4,7)	4 (8%)
Сахарный диабет	5 (11,6)	3 (6%)
Ожирение	14 (32,6)	8 (16%)
Сочетанная патология	27 (62,8)	22 (44%)
Всего:	43 (75,4%)	37 (74%)

Предшествующие возникновению ПОВГ операции в контрольной группе были сделаны из ниже-срединного доступа у 20 (35,2%) пациентов: после аппендэктомии – 6 (10,5%), после гинекологических операций – 14 (24,6%) больных, соответственно. Оперативные вмешательства верхне-срединным доступом проведены в 24 (42,1%) клинических наблюдениях: по поводу панкреонекроза – у 1 (1,8%), ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 9 (15,8%), холецистэктомии – 14 (24,6%) больных, соответственно. Рецидивирующие пупочные грыжи были выявлены у 5 (8,8%) пациентов, другие причины – у 8 (14%) больных.

Предшествующие возникновению ПОВГ операции в основной группе произведены из ниже-срединного доступа у 19 (38%) пациентов: ранее были выполнены аппендэктомии – у 5 (10%), гинекологические операции – у 14 (28%) больных, соответственно. Оперативные вмешательства верхне-срединным доступом исполнены в 21 (42%) клиническом наблюдении: по поводу панкреонекроза – у 3 (6%), ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 7 (14%), холецистэктомии – у 11 (22%) больных, соответственно. Рецидивирующие пупочные грыжи были выявлены у 4 (8%) пациентов, другие причины – у

6 (12%) больных.

Основная и контрольная группы не имели достоверных различий по полу ($t < 2$), возрасту пациентов ($t < 2$), размерам грыжевых ворот ($t < 2$), срокам возникновения грыжевого выпячивания ($t < 2$), характеру предшествующих оперативных вмешательств ($t < 2$), количеству ($t < 2$) и вариантам сопутствующей патологии ($t < 2$). Группы сопоставимы, достоверных различий нет.

Методы обследования. Ультразвуковое исследование мягких тканей и органов брюшной полости, доплерография сосудов передней брюшной стенки выполнялись с использованием аппарата Hitachi 525 с дуплексным ангиосканированием, УЗ-датчик 12,0 МГц.

УЗ-томография проводилась в двух группах:

- 1) 25 лиц среднего возраста с неизменной передней брюшной стенкой;
- 2) 50 больных послеоперационными вентральными грыжами (основная группа) в до- и послеоперационном периодах.

Исследование выполнялось в серошкальном режиме и цветовом доплеровском картировании (триплексный режим) линейным электронным датчиком 12,5 МГц (аппарат Hitachi 525, Япония). В обеих группах в план исследования включали оценку состояния сосудистого русла передней брюшной стенки: линейная скорость кровотока, индекс резистентности, пульсативный индекс.

Исследование в первой группе имело цель разработать стандартные точки и алгоритм проведения УЗ-исследования тканей и сосудистого русла передней брюшной стенки. На основании полученных результатов предложен способ оценки кровотока в артериях передней брюшной стенки (патент № 2408274, способ оценки кровотока в артериях передней брюшной стенки).

В предоперационном периоде перед пластикой всем пациентам основной группы выполнено ультразвуковое исследование передней брюшной стенки в триплексном режиме (патент № 2408273, способ выбора метода пластики послеоперационных и рецидивных вентральных грыж по данным доплерографии).

В основной группе на втором этапе УЗ-исследование также проводилось на 5–7 сутки послеоперационного периода (патент № 2405441, способ выбора тактики послеоперационного лечения у больных вентральными грыжами после герниопластики сетча-

тым трансплантатом).

В процессе выполнения исследования проведена сравнительная оценка клинических, ультразвуковых и интраоперационных данных, что позволило достичь максимальной корреляции. Тщательное сопоставление вышеперечисленных данных по каждому пациенту с участием хирурга и специалиста ультразвуковой диагностики явилось основой индивидуализированного выбора способа герниопластики.

Результаты и обсуждение. На основании полученных результатов выделены 6 стандартных точек для проведения ультразвуковой доплерографии, соответствующие 6 основным магистральным артериям, кровоснабжающим переднюю брюшную стенку (рис. 1).

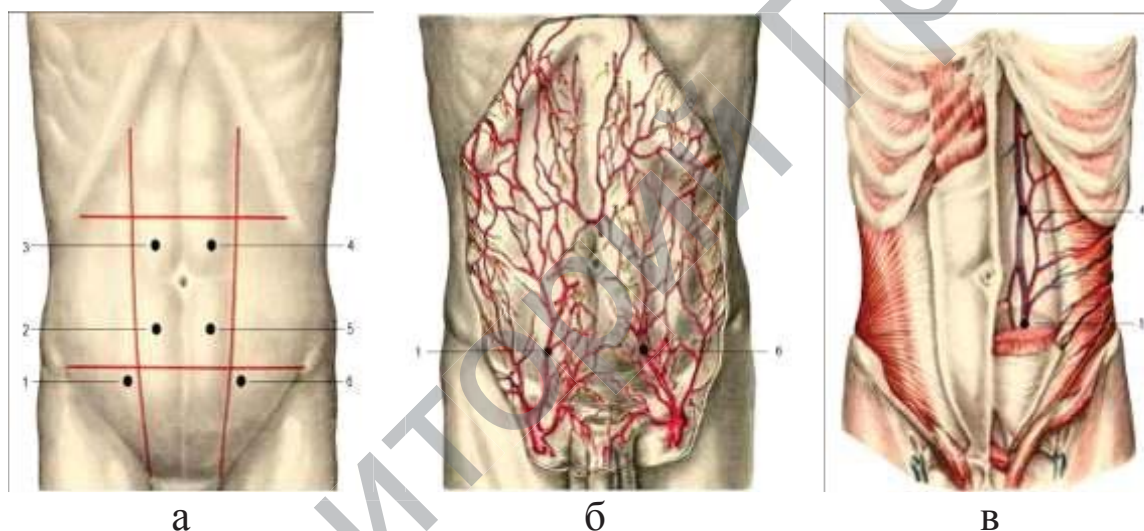


Рис. 1 – Точки проведения УЗ исследования артерий передней стенки живота:

- а) проекция точек на переднюю брюшную стенку;
- б) поверхностная сосудистая система;
- в) глубокая сосудистая система

УЗ-исследование выполнено 25 молодым лицам с отсутствием деформации передне-боковой стенки живота и хронических заболеваний, различного пола, возраста, роста-весовых соотношений. Возраст испытуемых составил от 20 до 24 лет. Средний возраст 22 ± 2 года. Мужчин было 8 (32%), женщин – 17 (78%). Оценивались показатели: максимальная скорость кровотока ($V_{\max}$), индекс резистентности (R_i) и пульсативный индекс (P_i). Результаты обработаны статистически.

Исследование в первой группе имело цель разработать стандартные точки и алгоритм проведения УЗ-исследования тканей и сосудистого русла передней брюшной стенки.

На основании полученных результатов и топографо-анатомических исследований предложен способ оценки кровотока в артериях передней брюшной стенки (патент № 2408274, способ оценки кровотока в артериях передней брюшной стенки).

Способ осуществляют следующим образом. В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) кровотоки исследуют в интересующей артерии, устанавливая датчик в точку, соответствующую анатомической локализации магистрального ствола артерии (рис. 1). В режиме ЦДК определяют локализацию артерии, в режиме импульсной доплерометрии (ИДМ) определяют количественные показатели кровотока: $V_{\max}$, PI , RI . После чего интерпретируют полученные результаты, и если один из гемодинамических показателей выходит за пределы указанных промежутков в сторону уменьшения или увеличения, то интерпретацию проводят по наименьшему значению (табл. 3).

Таблица 4 – Способ оценки кровотока в артериях передней брюшной стенки

Показатели			Тип кровотока
$V_{\max}$	PI	RI	
$\geq 8,00$	$\geq 1,50$	$\geq 0,80$	компенсированный
6,00–7,99	1,30–1,49	0,60–0,79	субкомпенсированный
$< 6,00$	$< 1,30$	$< 0,60$	декомпенсированный

В зависимости от интересующей области передней брюшной стенки кровотоки определяют в одной или нескольких артериях. Под компенсированным кровотоком мы понимаем такое кровоснабжение передней брюшной стенки, которое даже в изменившихся послеоперационных условиях способно обеспечить необходимые потребности мягких тканей. Субкомпенсированный кровоток предполагает уже напряжение компенсаторных систем, однако есть еще резерв для обеспечения адекватного кровоснабжения мягких тканей. Декомпенсированный кровоток – крайняя степень напряжения компенсаторных систем, кровоснабжение мягких тканей неадекватное, малейшее ухудшение послеоперационных условий может вызвать ишемические нарушения.

В предоперационном периоде перед пластикой всем пациентам основной группы выполнено ультразвуковое исследование передней брюшной стенки в триплексном режиме (патент № 2408273, способ выбора метода пластики послеоперационных и рецидивных вентральных грыж по данным доплерографии).

При использовании В-режима проводят осмотр грыжевого выпячивания, его содержимого, измеряют ширину грыжевых ворот (рис. 2).



Рис. 2 – Определение ширины грыжевых ворот, размеров грыжевого мешка, грыжевого содержимого

В режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) кровотока исследуют в поверхностной (aa. epigastricae superficiales dex. et sin.) и глубокой (aa. epigastricae superior, inferior, dex. et sin.) системах в 6 точках (рис. 1). Датчик устанавливают в точку а. epigastrica superficialis dex. 1, в режиме ЦДК определяют локализацию артерии, в режиме импульсной доплерометрии (ИДМ) определяют количественные показатели кровотока: Vmax, RI, PI. Затем датчик устанавливают в точку а. epigastrica inferior dex. 2, определяют локализацию артерии в режиме ЦДК, затем в режиме ИДМ измеряют Vmax, RI, PI. Далее датчик устанавливают в точку а. epigastrica superior dex. 3, определяют локализацию артерии, затем в режиме ИДМ определяют количественные показатели: Vmax, RI, PI. В последующем определяют кровоток левой половины брюшной стенки. Датчик устанавливают в точку а. epigastrica superior sin. 4, в режиме ЦДК определяют ее локализацию, в режиме ИДМ определяют количественные показатели кровотока: Vmax, RI, PI. Затем датчик устанавливают в точку а. epigastrica

inferior sin. 5, определяют локализацию артерии в режиме ЦДК, в режиме ИДМ измеряют $V_{\max}$, RI , PI . Далее датчик устанавливают в точку a. epigastrica superficialis sin. 6, В режиме ЦДК определяют локализацию артерии, в режиме ИДМ измеряют количественные показатели: $V_{\max}$, RI , PI (рис. 3).

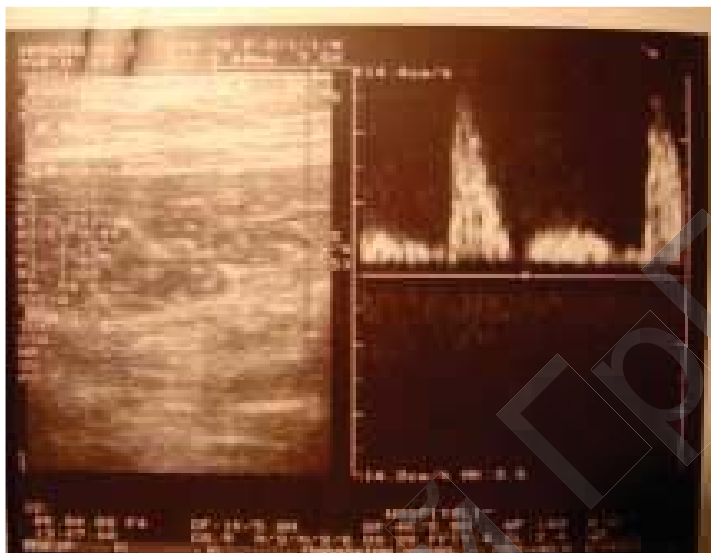


Рис. 3 – Определение кровотока в артериях передней брюшной стенки

Последовательность измерения в точках не имеет значения. После чего интерпретируют полученные данные в баллы, принимая ширину грыжевых ворот до 5 см за 1 балл, в пределах 5–10 см за 2 балла, 11–15 см за 3 балла, 16–20 см за 4 балла, 21 см и более за 5 баллов;

$V_{\max} \geq 8,00$, $PI \geq 1,50$, $RI \geq 0,80$ за 1 балл,

$V_{\max} 6,00-7,99$, $PI 1,30-1,49$, $RI 0,60-0,79$ за 2 балла,

$V_{\max} < 6,00$, $PI < 1,30$, $RI < 0,60$ за 3 балла,

при этом, если один из гемодинамических показателей выходит за пределы указанных промежутков, то интерпретацию в баллы проводят по наибольшему значению, после чего суммируют количество баллов, соответствующее ширине грыжевых ворот и кровотоку в каждой из 6 точек, и выбирают методику оперативного лечения в зависимости от суммы баллов, при этом, если сумма менее 12 баллов, выполняют герниопластику sub-lay; если сумма баллов от 12 до 17, выполняют комбинированную герниопластику sub-, in-lay; если сумма баллов более или равна 18, выполняют герниопластику in-lay.

Выбор точек проведения доплерографии обусловлен анато-

мическим расположением основных сосудов, осуществляющих кровоснабжение передней брюшной стенки: a. epigastrica superficialis dex., epigastrica superficialis sin., a. epigastrica inferior dex., a. epigastrica inferior sin., a. epigastrica superior dex., a. epigastrica superior sin.. Для удобства оценки полученных данных в качестве условной единицы использованы баллы. Интерпретация ширины грыжевых ворот в баллы основана на классификации вентральных грыж Chevrel- Rath.

Герниопластику sub-lay выполняли при минимальной и средней ширине грыжевых ворот и кровотоке, соответствующем общей сумме до 12 баллов. При этом анатомическую целостность передней брюшной стенки восстанавливали полностью. Имплантат использовали как манжету. Несмотря на натяжение тканей, имплантат перераспределяет часть нагрузки и разгружает линию швов первичной аутопластики (иммобилизирующая функция имплантата). Имплантат дублирует, армирует ткани. Апоневроз ушивали над трансплантатом. Мышцы брюшной стенки приобретают точку опоры, и в дальнейшем происходит полное восстановление физиологии брюшной стенки.

Комбинированную герниопластику sub-lay выполняли при средней ширине грыжевых ворот и кровотоке, соответствующем сумме от 12 до 17 баллов. При этом анатомическую целостность брюшной стенки восстанавливали частично. В пластике использовали рубцовую ткань и элементы грыжевого мешка. Имплантат укрепляет неполноценные ткани, армирует их, как «манжета-заплата». Апоневроз над трансплантатом ушивали частично. Часть мышц приобретает точку опоры и возможно их восстановление.

Герниопластику in-lay выполняли при средней и большой величине грыжевых ворот и кровотоке, соответствующем 18 баллам и более. При этом анатомическую целостность брюшной стенки не восстанавливали. Имплантат использовали, как «вставку» в грыжевые ворота. Апоневроз над трансплантатом не ушивали. Мышцы брюшной стенки не приобретают опоры, дистрофические явления в дальнейшем в них прогрессируют. Пластика оставляет неизменным объем и давление в брюшной полости.

По предложенной методике тактика sub-lay использована у 36 (72%) пациентов, комбинированная методика выполнена у

11 (22%) больных (sub-lay с частичным ушиванием грыжевых ворот), грыжевые ворота не ушивались в 3 (6%) клинических наблюдениях (in-lay).

В основной группе на втором этапе УЗ-исследование также проводилось на 5–7 сутки послеоперационного периода (патент № 2405441, способ выбора тактики послеоперационного лечения у больных вентральными грыжами после герниопластики сетчатым трансплантатом). Путем ультразвуковой томографии передней брюшной стенки в триплексном режиме измеряли ширину гипозхогенной зоны в области герниопластики и оценивали поверхностную и глубокую сосудистые системы передней брюшной стенки посредством последовательного измерения гемодинамических показателей Vmax, RI, PI в 6 точках, соответствующих анатомической локализации основных артерий, кровоснабжающих переднюю стенку живота: а. epigastrica superficialis dex., epigastrica superficialis sin., а. epigastrica inferior dex., а. epigastrica inferior sin., а. epigastrica superior dex., а. epigastrica superior sin., далее проводят интерпретацию полученных данных в баллы (табл. 4), при этом, если один из гемодинамических показателей выходит за пределы указанных промежутков, то интерпретацию в баллы проводят по наибольшему значению, после чего суммируют количество баллов, соответствующее ширине гипозхогенной зоны и кровотоку в каждой из 6 точек и выбирают тактику лечения в зависимости от суммы баллов, при этом, если сумма баллов составляет от 15 до 18, проводили консервативные мероприятия местного характера и при необходимости физиотерапевтическое воздействие; если сумма баллов более или равна 19, выполняли пункционную аспирацию жидкостного компонента под контролем УЗИ и антибактериальную терапию.

Исследование проводят на 5 сутки послеоперационного периода, т.к. к этому времени пациент активно ходит, уменьшается отек (как следствие операционной травмы), адаптируются края раны и кровотоки к новому анатомо-функциональному состоянию передней брюшной стенки, начинает формироваться рубец.

Тактика послеоперационного ведения пациентов основной группы:

- 1) консервативная – в 10 (20%) клинических наблюдениях;

2) пункция жидкостного образования под контролем УЗИ – 3 (6%) больных.

Таблица 4 – Выбор тактики послеоперационного ведения больных

Показатели						Баллы
Vmax	PI			RI		
≥8,00	≥1,50			≥0,80		1
6,00–7,90	1,30–1,49			0,60–0,79		2
<6,00	<1,30			<0,60		3
Ширина гипозоно- генной зоны, см	≤1,0	1,1-2,0	2,1-3,0	3,1-4,0	≥ 4,1	Итого
	Баллы	1	2	3	4	

В основной группе послеоперационные осложнения наблюдали у 5 (10%) пациентов: образование серомы выявлено в 3 (6%) клинических наблюдениях, инфильтрата послеоперационной раны – в 2 (4%), соответственно. В группе контроля послеоперационные осложнения наблюдали у 8 (14,04%) больных. Нагноение послеоперационной раны выявлено у 1 (1,75%) пациента, свищ – у 1 (1,75%) больного, серома – у 5 (8,8%) больных, инфильтрат – в 3 (5,3%) клинических наблюдениях.

Сравнительная оценка раневых послеоперационных осложнений больных основной и контрольной групп представлена в таблице 5.

Таблица 5 – Сравнительная оценка раневых послеоперационных осложнений больных основной и контрольной групп

Осложнение	Основная группа n 50	Контрольная группа n 57
Нагноение раны	-	1 (1,75%)
Свищ	-	1 (1,75%)
Серома	3 (6%)	5 (8,8%)
Инфильтрат	2 (4%)	3 (5,3%)
Всего	5 (10%)	8 (14,04%)

Выводы:

1. Послеоперационную вентральную грыжу следует рассматривать как патологический процесс с выраженной степенью дис-

трофических изменений, распространяющийся далеко за пределы грыжевых ворот и затрагивающий все анатомические структуры передней брюшной стенки, что необходимо учитывать при выполнении герниопластики.

2. Предложен алгоритм УЗ-исследования, позволяющий оценить состояние мышечно-апоневротических структур, величину и форму грыжевого дефекта, грыжевое выпячивание и находящийся в нем орган, изучить кровоток в сосудах передней стенки живота и индивидуализировать выбор способа герниопластики. Разработанная тактика послеоперационного УЗ-исследования позволила объективизировать контроль течения раневого процесса, прогнозировать развитие возможных осложнений со стороны послеоперационной раны и проводить своевременную их коррекцию.

3. Предложенный алгоритм до- и послеоперационного ведения больных позволил снизить количество послеоперационных осложнений в 1,4 раза, что позволяет говорить об эффективности разработанной методики.

Литературные ссылки

1. Цвибель, В., Пелерито, Дж. УЗИ сосудов. – М: Видар. – 2008. – 646 с.

2. Лелюк, В.Г., Лелюк, С.Э. Ультразвуковая ангиология. – М., 2007. – 324 с.

3. Нелюбин, П.С., Галота, Е.А., Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 7. – С. 69–74.

4. Чугунов, А.Н., Славин, Л.Е., Замалеев, А.З. Современное состояние вопроса о методах хирургического лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 14–17.

МЕТОД ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ВБЛИЗИ КОСТНЫХ СТРУКТУР

*Маслакова Н.Д.¹, Киселевский Г.В.², Василевский В.П.¹,
Новицкий А.А.², Жотковская Т.С.², Флеров А.О.²,
Макарчик В.В.², Катаев Е.Н.², Жмайлик Р.Р.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр
Вооруженных сил Республики Беларусь»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В современной герниологии общепризнанной считается концепция применения ненатяжных методов пластики при лечении вентральных грыж, размеры которых превышают 5 см, так как герниопластика местными тканями не устраняет этиопатогенетические механизмы грыжеобразования [3, 4]. В настоящее время основным способом лечения грыж живота является пластика сетчатыми имплантатами. Разработано большое количество методик выполнения герниопластики с использованием различных по материалу и структуре имплантатов. Закономерно отмечается снижение частоты рецидивов заболевания не менее чем в 2 раза по сравнению с таковой при пластике грыжевых ворот местными тканями [1]. Однако число рецидивов грыж в отдаленном периоде после выполнения аллогерниопластик, по мировым данным, остается на уровне 5–9% [1]. Анализ работ различных авторов [1, 2, 3] позволил выявить, что основными причинами рецидива грыж после аллогерниопластик являются: выбор хирургом имплантата, не соответствующего по своим размерам грыжевому дефекту, и неправильная его фиксация.

Доказано, что размеры сетчатого имплантата должны превышать размеры самого грыжевого дефекта, а не грыжевого выпячивания, не менее чем на 4–5 см в каждую сторону от его края [1]. К сожалению, 4 основных варианта расположения имплантатов при протезирующей герниопластике – onlay, Inlay, sublay и межмышечная фиксация имеют свои известные осложнения, несмотря на эволюцию технологии применения [1, 2, 3, 4, 5].

Актуальность проблемы хирургического лечения вентральных грыж усугубляется близостью костных структур и ставит еще более серьезные трудности при выполнении грыжесечения.

Цель исследования. Совершенствование существующих методов укрепления сетчатого имплантата и снижение вероятности возникновения рецидивов послеоперационных вентральных грыж вблизи костных структур.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки Ц., 68 лет, диагноз: послеоперационная вентральная грыжа правой подреберной области (LW2). В анамнезе 2 года назад произведена холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита, по экстренным показаниям, доступом по Федорову. При осмотре – в правом подреберье грубый послеоперационный рубец. Определяется грыжевой дефект размером 8х15 см. Больная была оперирована. В области грыжевых ворот выраженный спаечный процесс, брюшина не прослеживается, в ране спаянные между собой петли кишечника, большой сальник. Мышечный слой, подлежащий к реберной дуге, атрофирован, представлен разволокненными соединительнотканными образованиями. Произвести грыжесечение способом «onlay» не представляется возможным. Собственная модификация заключалась в том, что брюшная полость была максимально отграничена сальником, на который уложен сетчатый трансплантат и фиксирован верхней его частью отдельными узловыми швами к ребру. Дальнейшая фиксация имплантата проводилась непрерывным швом нерассасывающимися нитями, отступя от края грыжевых ворот более 3 см. Известно, что интегрирование протеза в слои брюшной стенки позволяет максимально использовать его укрепляющий эффект [3]. Поэтому нижний край сетки помещен между внутренней и наружной косой мышцами, где также фиксирован непрерывными швами. С целью профилактики провисания и смещения сетки при экскурсии грудной клетки во время акта дыхания произведена дополнительная фиксация по 4 краям аллотрансплатата чрескожно с максимальным его натяжением.

Результаты исследования. В раннем и позднем послеоперационных периодах (1,5 года) рецидива грыжи не наблюдалось.

Заключение. Данная методика совмещения методов «sublay» с фиксацией сетки к ребру отдельными швами в верхнем полюсе и интегрирование протеза между внутренней и наружной косой мышцами непрерывным швом, а также дополнительная чрескожная фиксация дает возможность надежно укрепить аллотрансплантат, не давая ему провиснуть и мигрировать при дыхательных движениях. Новаторская методика дает возможность оперировать в сложных ситуациях (разволокнение мышц, близко расположенные костные структуры). Она проста в исполнении и может быть предложена для широкого использования.

Литературные ссылки

1. Алишимов, Ш.А., Матвеев, Н.А., Наурбаев, М.С., Богданов, Д.Ю., Киреев, А.А. О методиках фиксации имплантатов в хирургии грыж / Эндоскопическая хирургия. – 2008, 6. – С. 60–63.

2. Белоконов, В.И., Ковалева, З.В., Вавилов, А.В., Пушкин, С.Ю., Пономарева, Ю.В., Мелентьева, О.Н. Комплексное лечение больных с послеоперационной вентральной грыжей / Хирургия. – 2008, 2. – С. 42–47.

3. Борисов, А.Е., Чистяков, Д.Б., Яценко, А.С. Эволюция технологии применения синтетических имплантатов в герниологии / Вестник хирургии. – 2011. – С. 88–90.

4. Сажин, В.П., Климов, Д.Е., Сажин, И.В., Нуждихин, А.В., Гарески, Р. Ненатяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах / Хирургия. – 2009, 7. – С. 4–6.

5. Shestak K.C., Edington H.J., Johnson R.R. The separation of anatomic components technique for the reconstruction of massive midline abdominal wall defects: anatomy, surgical technique, applications, and limitations revisited. Plast Reconstr Surg 2000; 105: 2:731–738; quiz 739.

РОЛЬ НАРУШЕНИЙ ФЛЕБОГЕМОДИНАМИКИ ПО КОММУНИКАТИВНЫМ И ПЕРФОРАНТНЫМ ВЕНАМ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Маслакова Н.Д.¹, Киселевский Г.В.², Василевский В.П.¹,
Новицкий А.А.², Жотковская Т.С.², Флеров А.О.²,
Макарчик В.В.², Дыбов О.Г.¹, Сушко Д.Г.¹*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр
Вооруженных сил Республики Беларусь»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Вероятность рецидива варикозной болезни после хирургического вмешательства в настоящее время оценивается как 50%. На каждые 5 лет после операции, в зависимости от продолжительности наблюдения, рецидив заболевания отмечается у 20–80% больных. Одной из причин возникновения является наличие патологической флебогемодинамики по коммуникативным венам, соединяющим бассейны малой и большой подкожных вен, или перфорантным венам, связывающим системы глубоких и поверхностных вен нижних конечностей [1, 2].

Особая роль в последнее время в этой связи отводится коммуникативным венам Леонардо (Leonard) (задняя ветвь большой подкожной вены, клиническая выраженность которой обнаруживается в 15% случаев) и Джакомини (Giakomini) (бедренно-подколенная вена – в 29% случаев). Наиболее значимыми для генеза рецидивов подкожных флебэктазий могут явиться необработанные перфоранты задней ветви большой подкожной вены: группа перфорантов Коккета (Cockett) на медиальной поверхности нижней трети голени (в сухожильной ее части); перфорант Шермана (Sherman) на медиальной поверхности средней трети голени [3]; и перфорант Бойда (Boyd) на медиальной поверхности верхней трети голени.

«Золотым стандартом» при диагностике флебоциркуляторных нарушений является ультразвуковое дуплексное сканирование венозной системы бассейна нижней полой вены, при котором оценивается состояние подкожных и глубоких венозных магистралей, коммуникативных и перфорантных вен нижних конечно-

стей. Однако наличие у специалистов, занимающихся хирургическим лечением варикоза, легко выполнимых модификаций рутинных методов физикального исследования местного статуса и достаточно информативных, клинически значимых диагностических приемов дает возможность обосновывать объем оперативного вмешательства с целью достижения долгосрочного положительного эффективного прогноза.

Целью исследования является показать необходимость целенаправленной предоперационной диагностики выраженности и клинической значимости коммуникативных вен Леонардо и Джакомини, а также роли диссекции перфорантных вен медиальной поверхности голени, в качестве профилактики возможного рецидива варикозной болезни.

Материалы и методы. За период 2008–2010 гг. на базе ГУ «1134 ВМЦ ВС РБ» было прооперировано 116 больных, из них 54 (46,55%) пациента с варикозной болезнью в стадии суб- и декомпенсации (C₂₋₅EAP) и 62 (53,45%) с тромбофлебитом подкожных вен нижних конечностей. Среди прооперированных были 64 (55,17%) женщины и 52 (44,83%) мужчины. Возраст больных составлял от 19 до 62 лет.

Результаты исследования. В предоперационном периоде для выявления патологического тока крови по коммуникативным венам и перфорантам на голени проводили легко выполнимые модификации рутинных функциональных проб. В первом случае – на нижнюю и верхнюю треть голени туго накладывались эластические бинты, после чего при принятии пациентом вертикального положения была видна при наличии патологического перетока крови из системы малой подкожной вены или некомпетентности вышеописанных перфорантов клинически выраженная вена Леонардо (эктазия, извитость, участки варикоза). Топическую диагностику локализации перфорантов осуществляли пальпаторно в проекции венозного сосуда по наличию дефекта фасции. При выполнении второго варианта исследования нижний бинт по аналогичному принципу накладывался в верхней трети бедра с сохранением компрессии в верхней трети голени. В данном случае по патологической клинической визуализации вены Джакомини можно было судить о флебоциркуляторных нарушениях кровотока в ней. Клиническая роль выявленных наруше-

ний флебогемодинамики по комунитивным венам в генезе имеющихся флебэктазий была установлена у 32 (27,5%) пациентов. У 14 из них выявлены перфорантные образования средней и нижней трети голени. Все выявленные нарушения флебогемодинамики подтверждены во время операции. Интраоперационно обязательно проводилась ревизия зон и обработка перфорантных образований, а при наличии функционирующего сообщения бедренно-подколенной ветви с малой подкожной веной их разобщение. 29 больным из этой группы вместе с хирургическим вмешательством в бассейне большой подкожной вены произведено удаление и ствола малой подкожной вены. Прогрессирования явлений венозной недостаточности после операции не отмечалось ни в одном случае. В отдаленные сроки наблюдения (до 2 лет и более) у 100% пациентов наблюдалось клиническое улучшение – уменьшение или ликвидация отека, уменьшение трофических изменений нижних конечностей. Рецидива варикоза не выявлено.

Заключение. Предложенные авторами модификации простых методик предоперационной диагностики обладают достаточной информативностью для прогнозирования особенностей и объема оперативных вмешательств. При наличии клинически значимых сообщений комунитивных вен Джакомини и Леонардо с малой подкожной веной считаем целесообразным в большинстве случаев ее удаление.

Литературные ссылки

1. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении варикозной болезни и её рецидива / А.В. Гавриленко [и др] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. – № 3. – С. 59–62.
2. Стойко, Ю.М. Об эмбриогенезе венозной системы нижних конечностей / Ю.М. Стойко, К.В. Мазайшвили // Флебология. – 2010. – № 2. – С. 4–10.
3. Шуликовская, И.В. Диссекция перфорантных вен из минидоступа на голени в лечении варикозной болезни нижних конечностей в стадии декомпенсации / И.В Шуликовская, С.А. Кыштымков // Материалы 8-й научно-практической конференции Ассоциации флебологов России с международным участием. – 2010. – 124 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАВШИХ СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ–ВЕЙСА

Матвеева Е.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Целью исследования является оценка состояния здоровья пациентов с синдромом Мэллори–Вейса после лечения по результатам их опроса с помощью статистического анализа результатов.

Материалы и методы. Оценка проводилась с помощью специально разработанного и апробированного нами оригинального опросника, состоящего из 8 вопросов. Опросник был разослан 140 пациентам, находившимся на лечении в Минской ОКБ с 2000 по 2012 гг. по почте для самостоятельного ответа на вопросы. Возвратили заполненными опросники 39 пациентов. Пятеро пациентов (11,4%) были дополнительно опрошены по телефону.

Результаты. По субъективной оценке отдаленных результатов лечения пациентов с синдромом Мэллори–Вейса респонденты были разделены на две группы: I – оценивающие состояние своего здоровья по желудку как хорошее (14 пациентов); II – оценивающие состояние как удовлетворительное (29 пациентов).

Таблица 1 – Распределение пациентов I–II групп по полу и возрасту

Состояние здоровья	Возрастная категория	Возраст	Пол	Количество опрошенных		Процент и ДИ*
I группа (хор.)	до 35 лет включительно	32–35 лет	муж	2	2	32,6±16,8%
		–	жен	–		
	свыше 35 лет	38–94 лет	муж	12	12	
		–	жен	–		
II группа (удовл.)	до 35 лет включительно	23–34 лет	муж	5	7	67,4±16,8%
		25–31 лет	жен	2		
	свыше 35 лет	36–72 лет	муж	18	22	
		51–66 лет	жен	4		
ИТОГО			муж – 37 (86,0±13,0%) жен – 6 (14,0±13,0%)		43	100%

Примечание: * – относительная частота признака с использованием доверительного интервала (точное значение t-критерия равно 2,018).

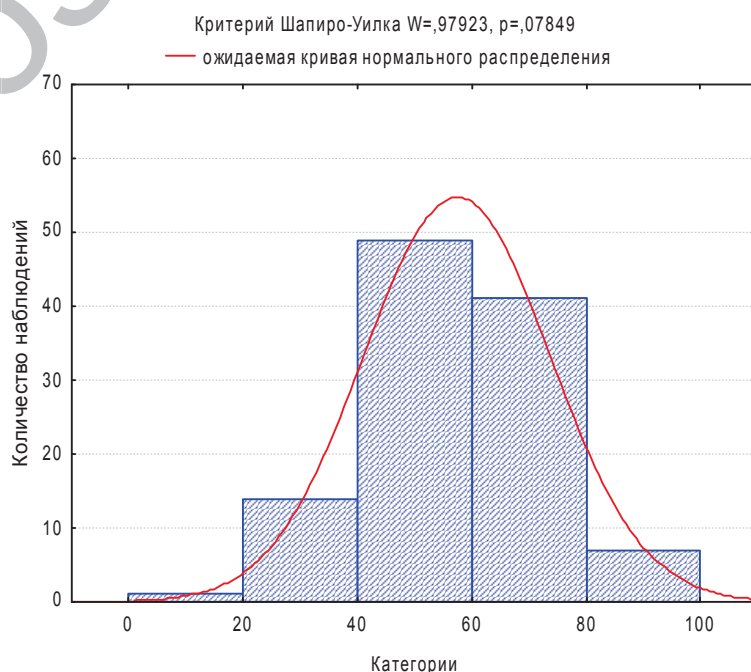
Исходя из таблицы 1, следует, что по субъективному критерию женщины не оценивают состояние своего здоровья по желудку как хорошее, среди мужчин 38% удовлетворены состоянием своего здоровья, более 60% расценивают его как удовлетворительное.

Выполнен расчет описательных статистик для следующих признаков: гендерная принадлежность и возраст больных. Расчет проводился в целях установления однородности наблюдаемой выборки и исключения, при необходимости, нетипичных объектов (выбросов).

Поскольку признак «пол» является порядковым, для его описания может быть применена относительная частота наблюдений. В нашем случае в исследовании приняли участие 37 мужчин ($86,0 \pm 12,9\%$) и 6 женщин ($14,0 \pm 12,9\%$). Таким образом, по гендерному признаку выборка свидетельствует о большей подверженности мужского пола заболеванию синдромом Мэллори-Вейса.

Признак «Возраст пациентов» является количественным. Распределение пациентов по возрасту соответствует нормальной кривой по специализированным критериям (критерий Шапиро–Уилка $W=0,9721$, p -уровень $>0,05$, уровни значимости критериев Колмогорова и Лилиефорса также больше 0,05) (рисунок 1). В этой связи для его анализа используем соответствующие оценки, применяемые в качестве описательных статистик: среднее значение и среднеквадратическое отклонение.

Среднее значение возраста пациентов в исследуемой группе составило 49 лет. Стандартная ошибка среднего значения составляет 2,3 года.



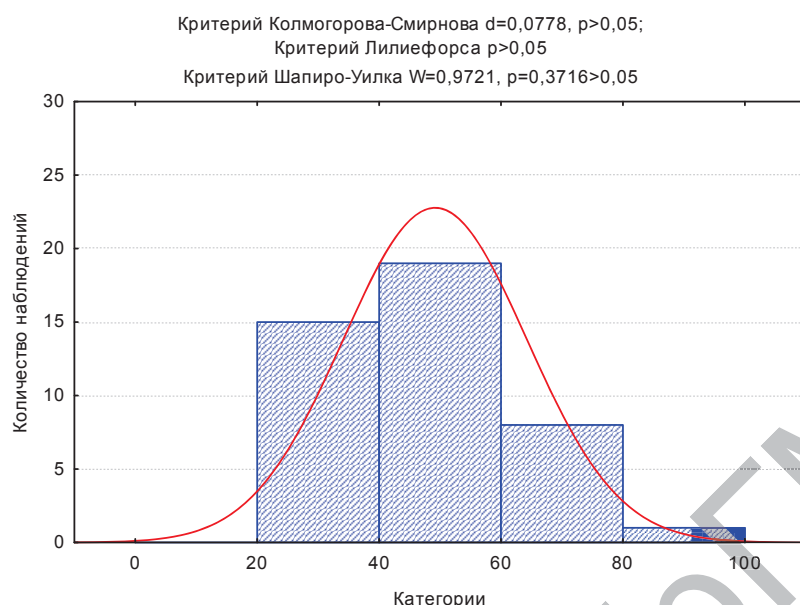


Рисунок 1 – Распределение исследуемых пациентов по возрасту

Описательные статистики для рассмотренного признака приведены в таблице 2.

Таблица 2 – Описательные статистики распределения возраста пациентов

Признак	Кол-во наблюдений	Среднее	min	max	Средне-квадратическое отклонение	Ошибка среднего значения
Возраст	43	49,2	23,0	94,0	15,1	2,3

Выполнена также оценка состояния здоровья пациентов с синдромом Мэллори–Вейса по объективному критерию, которым является наличие жалоб у пациентов. В этой связи респонденты были разделены также на две группы: I – не имеющие жалоб (6 пациентов); II – имеющие жалобы различного рода и частоты (37 пациентов).

Таблица 3 – Распределение пациентов I – II групп по полу и возрасту

Состояние здоровья	Возрастная категория	Возраст	Пол	Количество опрошенных		Процент и ДИ*
I группа (нет жалоб)	до 35 лет включительно	32 года	муж.	1	1	14,0±13,0%
		—	жен.	—		
	свыше 35 лет	38-72 года	муж.	5	5	
		—	жен.	—		

Состояние здоровья	Возрастная категория	Возраст	Пол	Количество опрошенных		Процент и ДИ*
II группа (есть жалобы)	до 35 лет включительно	23-35 лет	муж.	6	8	86,0±13,0%
		25-31 года	жен.	2		
	свыше 35 лет	36-94 года	муж.	25	29	
		51-66 лет	жен.	4		

Кроме того, нами проведено сравнение субъективной оценки состояния пациентов с частотами возникновения жалоб. Поскольку исследована одна и та же группа респондентов, анализ выполнен путем построения доверительного интервала для разности относительных частот (табл. 4).

Таблица 4 – Абсолютные частоты состояния пациентов и наличия жалоб

Субъективный критерий	Объективный критерий	
	жалоб нет	жалобы есть
Состояние хорошее	14	29
Состояние удовлетворительное	6	37

Разность относительных частот в связанных группах определяется по формуле:

$$P_1 - P_2 = \frac{b - c}{n} = \frac{29 - 6}{43} = 0,535$$

где n – общее количество наблюдений.

Для вычисления доверительного интервала воспользуемся формулой:

$$m_a = \frac{1}{n} \sqrt{b+c - \frac{(b-c)^2}{n}} = \frac{1}{43} \sqrt{29+6 - \frac{(29-6)^2}{43}} = \frac{4,764}{43} = 0,111$$

Границы доверительного интервала для разности относительных частот определим классическим образом:

$$(P_1 - P_2) - t \cdot m_a; (P_1 - P_2) + t \cdot m_a$$

нижняя граница – 0,535-2,018*0,111=0,311

верхняя граница – 0,535+2,018*0,111=0,759

Таким образом, границы доверительного интервала для разности относительных частот лежат в интервале [0,311; 0,759].

Поскольку доверительный интервал не содержит нуля, то можно с уверенностью 95% утверждать, что различия относи-

тельных частот в группах статистически значимы, то есть, субъективная оценка состояния здоровья самими пациентами зачастую может быть излишне позитивной.

Среди пациентов, имеющих жалобы (37 человек), они распределены в следующем соотношении:

- изжога – $59,5 \pm 19,1\%$;
- боли за грудиной – $48,6 \pm 19,4\%$;
- заброс пищи в пищевод – $18,9 \pm 15,8\%$.

При этом 30% пациентов имеют жалобы различных видов, например изжога и боли за грудиной или, например, боли за грудиной и заброс пищи в пищевод.

Также в данном исследовании выполнен анализ взаимосвязи наличия у пациентов определенных жалоб и рецидива кровотечения. Отметим, что наличие ассоциации не является свидетельством причинно-следственной связи указанных признаков, поскольку в действительности они могут зависеть от иного (третьего) признака.

Поскольку анализируются два порядковых признака, применяются непараметрические методы корреляционного анализа (табл. 5).

Таблица 5 – Коэффициенты корреляции признаков «Наличие жалоб» и «Рецидив кровотечения»

Наименование метода	Количество наблюдений	Значение коэффициента корреляции	t-критерий или Z-статистика*	p-уровень
Корреляция Спирмена	43	0,042	0,270	0,788
Гамма-корреляция	43	0,159	0,399	0,690
Корреляция Кендалла	43	0,042	0,399	0,690

* – для гамма-корреляции и корреляции Кендалла

Таким образом, в данной выборке респондентов наличие жалоб и наличие рецидива кровотечения не являются ассоциированными признаками.

Выводы:

1. По гендерному признаку данная выборка свидетельствует о большей подверженности мужского пола заболеванию синдро-

мом Мэллори–Вейса. Среднее значение возраста пациентов в исследуемой группе составило 49 лет.

2. По субъективному критерию женщины в данной выборке не оценивают состояние своего здоровья по желудку как хорошее, среди мужчин 38% удовлетворены состоянием своего здоровья, более 60% расценивают его как удовлетворительное.

3. При анализе, выполненном путем построения доверительного интервала для разности относительных частот, выявлено, что субъективная оценка состояния здоровья самими пациентами зачастую может быть излишне позитивной.

4. С помощью непараметрических методов корреляционного анализа выявлено, что в данной выборке респондентов нет взаимосвязи между наличием определенных жалоб и рецидивом кровотечения.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И КАРДИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙСА

Матвеева Е.А., Соломонов Г.Е.

ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время актуальна проблема увеличения числа незвенных кровотечений, среди которых наиболее частым является синдром Мэллори–Вейса. Используя эндоскопическую ультрасонографию для диагностики пациентов с данной патологией, мы поставили задачу с минимальной инвазией для больного установить особенности кровоснабжения пищеводно-желудочного перехода пациентов с синдромом Мэллори–Вейса с оценкой возможной зависимости от его типа тяжести кровотечения и возможности прогноза рецидива кровотечения. Также выполнялось ультразвуковое исследование патологических изменений стенки пищевода и желудка при синдроме Мэллори–Вейса, с

оценкой зависимости от них локализации и глубины разрыва.

Материалы и методы. Современный аппарат для ультрасонографической эндоскопии представляет собой фиброэндоскоп с торцевой, косой или боковой оптикой, снабженный на ригидном терминальном конце ультразвуковым датчиком диаметром 1,14–1,4 см с частотой от 5 до 20 мГц. Более низкие частоты этого спектра имеют большее проникновение в глубину и, кроме визуализации слоев стенки, позволяют отобразить структуры, находящиеся за ее пределами. Высокие частоты спектра, напротив, имеют небольшую глубину сканирования (до 1 см), но обеспечивают большую детализацию послойной структуры максимальной глубиной сканирования от 3 до 15 см. В зависимости от типа ультразвукового датчика сканирующая плоскость может располагаться поперек оси эндоскопа (радиальный датчик) или вдоль нее (конвексные и линейные) датчики.

Наше исследование проводили пациентам с синдромом Мэллори–Вейса ультразвуковым видеоэндоскопом Fujinon с радиальным сканированием на базе Минского городского клинического диагностического центра. Ультрасонографию выполняли обычно на 3–5 сутки от начала заболевания.

Результаты. В 8 из 10 наблюдений стенка пищевода была на всем протяжении толщиной до 0,3 см, равномерно пятислойная, дифференциация слоев прослеживалась, периезофагеальные слои были не увеличены. В двух наблюдениях в абдоминальном отделе пищевода, на задней стенке, в мышечном слое были выявлены гипэхогенные однородные образования размерами 1,36 на 0,72 см и 0,81 на 0,85 см, исходящие из подслизистого слоя стенки пищевода, распространяющиеся на мышечный и серозные слои с нарушением дифференциации слоев на этом участке, с ровными контурами, предположительно лейомиома или инфильтративный процесс после инъекционного гемостаза. При видеоэндоскопии в первом случае в абдоминальном отделе пищевода на уровне образования определялся щелевидный язвенный дефект размерами 1,0–0,4 см, глубокий, до мышечного слоя. Форма его продолговатая, края подрытые, дно покрыто некротическими массами. Во втором случае на уровне образования определяется глубокий продольный разрыв слизистого, подслизистого и мышечного слоев, покрытый фибринозно-некротическим налетом. На контрольном исследовании через 6 месяцев: стенка пи-

щевода толщиной до 0,4 см, равномерно пятислойная, дифференциация слоев прослеживается. Патологических изменений эхографической структуры стенки пищевода не выявлено. Во всех наблюдениях на уровне абдоминального отдела пищевода и кардии отмечаются артериальные сосуды диаметром 0,2–0,35 см на передней и задней стенках, на расстоянии 0,06–0,25 см от стенки пищевода, являющиеся ветвями левой желудочной артерии. Следственной связи между наличием и расположением данных сосудов и тяжестью кровотечения нами не обнаружено.

Заключение:

1. По результатам нашего исследования не выявлено достоверной зависимости между особенностями кровоснабжения пищеводно-желудочного перехода у пациентов с синдромом Мэллори–Вейса и тяжестью кровотечения и/или возможностью его рецидива.

2. При ультразвуковой оценке патологических изменений стенки пищевода и желудка при синдроме Мэллори–Вэйса в 2-х случаях были выявлены гипэхогенные однородные образования в области разрывов, по ультрасонографической картине похожие на лейомиому пищевода, при динамическом наблюдении оказавшиеся инфильтративным процессом после инъекционного гемостаза.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ КИСТЕЙ ВО ВЛАЖНОЙ СРЕДЕ

Меламед В.Д.¹, Головня В.И.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи г.Гродно»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность лечения ожогов кистей обусловлена высокой частотой поражения данной локализации, а также возможностью развития рубцовых деформаций даже после ожогов IIIA ст. Это обуславливает дальнейшее совершенствование методов лечения данной категории больных. В исследованиях Б.А. Парамонова с соавторами [1] о лечении дистальных отделов верхних конечностей во влажной среде показано, что вскоре после помещения

кистей в полиэтиленовые пакеты внутри них возникал так называемый «парниковый эффект». При этом в воздушной смеси внутри пакета имело место повышенное напряжение водяных паров и углекислоты, а содержание кислорода было, наоборот, пониженное. Известно, что высокое содержание кислорода ускоряет заживление ран, но усиливает формирование рубцовой ткани, в то время как гипоксия стимулирует ангиогенез. Кроме этого, определенное значение в заживлении ран имеет выпадающий на поверхности фибронектин, который усиливает миграцию клеток и процессы фагоцитоза. Так называемое «влажное окружение» способствует эпителизации ран и синтезу коллагена. При традиционном ведении ожогов кистей часть ткани, находящаяся в зоне сосудистых нарушений, омертвевает спустя некоторое время после травмы. При лечении в условиях влажной среды не происходит высыхания частично пораженных клеток. Отмечается феномен «уменьшения глубины ожога» за счет того, что ткани, находящиеся в зоне «паранекроза», постоянно находятся в жидкости, напоминающей по своему составу плазму крови.

В тех случаях, когда зона «первичного некроза» затрагивала все слои кожи, истечение раневой жидкости вообще не происходило. Это было обусловлено тем, что в момент получения травмы произошло тромбирование сосудов. Другим позитивным моментом является то, что у этих пострадавших не развиваются грубые рубцовые деформации.

Результаты. Проанализированы результаты лечения 28 пациентов с ожогами кистей II, IIIA и IIIB степени, находившихся на лечении в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г.Гродно, из них 11 женщин и 17 мужчин. Обожженные кисти у 20 пациентов обрабатывали препаратами сульфадиазина серебра (крем "Сильвадерм", "Дермазин"), у 8 – водорастворимыми мазями ("Левосин", "Левомеколь"), после чего конечности помещали в полиэтиленовые пакеты. Через несколько часов в пакете появлялась жидкость серо-белого цвета, состоящая из крема либо мази и раневого экссудата. При ежедневных перевязках, которые не сопровождалась болезненностью, из пакетов удаляли скопившуюся жидкость. На поверхности ожоговых ран появлялся значительный слой фибрина, после удаления которого раневые поверхности обрабатывали кремом или мазью. Обожженные кисти вновь помещали в полиэтиленовые пакеты. Количество экссу-

дата возрастало особенно в течение первых суток, достигая 300–700 мл, с последующим постепенным уменьшением и прекращением экссудации на 6–12 сутки в зависимости от глубины поражения. Так, при ожогах IIIA ст. количество экссудата было максимальным, в то время как при более глубоком поражении экссудация была незначительной, либо вообще отсутствовала, что может служить диагностическим тестом в оценке степени ожога и соответствующим критерием к изменению тактики лечения. По мере прекращения отделения жидкости и очищения ран дальнейшее лечение проводили под повязками с последующей быстрой эпителизацией ожоговых ран. Заживление ожогов кистей II степени происходило в течение 5–7 суток. При ожогах IIIA ст. раны заживали в течение 15–28 суток. В ряде случаев при лечении во влажной среде регистрировалась самостоятельная эпителизация ран кистей, хотя при поступлении складывалось впечатление о глубоком поражении. Необходимо отметить, что при применении кремов «Сильвадерм», «Дермазин» наблюдались более быстрое очищение и последующая эпителизация ожоговых ран, нежели в случаях обработки мазями на водорастворимой основе.

Таким образом, лечение во влажной среде с использованием препаратов сульфадиазина серебра позволяло добиться более быстрой эпителизации ожоговых ран кистей. Осуществляемые перевязки не сопровождались болезненностью, в процессе лечения можно произвести диагностику глубины поражения (исходя из количества экссудата), происходило восстановление жизнеспособности тканей в зоне сосудистых нарушений. Кроме этого, возможность полноценного осуществления движений пальцами кистей, в отличие от метода лечения под повязками, позволяло добиться лучших функциональных результатов, снижая вероятность рубцовых трансформаций.

Учитывая вышеизложенное, методика лечения во влажной среде может найти свое применение также при лечении полнослойных кожных дефектов верхних и нижних конечностей различного генеза.

Литературные ссылки

1. Парамонов, Б.А. Ожоги: Руководство для врачей / Б.А. Парамонов, Я.О. Порембский, В.Г. Яблонский. – СПб.: Спецлит. – 2000. – 480 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Меламед В.Д.¹, Головня В.И.², Савицкий С.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи, г. Гродно»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Основным в лечении ожоговых больных, как и больных с обширными ранами различного генеза, является максимально раннее восстановление утраченного кожного покрова, предусматривающее удаление ожогового струпа до развития инфекционных осложнений [1]. Это обусловлено тем, что инфекция является одним из ведущих факторов, определяющих патогенез не только ожоговых ран, но и ожоговой болезни в целом. Иссечение некротических тканей способствует прерыванию ожоговой болезни в стадии токсемии и предотвращению развития септикотоксемии. Создаются оптимальные условия для приживления дермотрансплантатов. Наиболее существенными причинами отказа от раннего иссечения некротизированных тканей ожоговых ран являются отсутствие объективной клинической верификации глубины поражения в первые сутки после термической травмы; травматичность ранней некрэктомии (РН) и сопровождающая их значительная кровопотеря; поздняя госпитализация в специализированный стационар, обусловленная недостаточными знаниями хирургов о возможности раннего хирургического лечения (РХЛ).

Результаты и обсуждение. Проанализированы 16 историй болезни у больных ожоговой болезнью, находившихся в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно, в лечении которых использовано РХЛ. Возраст больных варьировал от 22 до 78 лет, среди них 13 мужчин и 3 женщины, общая площадь ожогов от 14% до 60%. Койко-дни до операции колебались от 2 до 7 суток. У всех больных выполнялись РН площадью не более 10%. РН осуществляли тангенциально (послойное иссечение струпа на определенную глубину) с использованием дерматомов или некротомов, либо иссекали струп скальпелем до за-

ведомо жизнеспособных тканей. Восстановление кожного покрова после выполненной РН производили, как правило, на 4–5-е сутки трансплантацией перфорированных лоскутов расщепленной аутокожи. Оставшиеся ожоговые раны вели традиционно. Количество последующих операций по закрытию кожных дефектов – от 1 до 5. Процент приживления аутодермотрансплантатов составил 74,4%. Умер 1 (6,2%) пациент, у которого тяжелая ожоговая болезнь сопровождалась ожогом дыхательных путей. Койко-дни после операции варьировали от 20 до 105 дней. Инфекционных осложнений у оперированных больных не наблюдали.

Лечение больных с локальными глубокими ожогами (ЛГО) требует дифференцированного подхода к выбору консервативного либо оперативного метода лечения, так как непосредственные и отдаленные результаты часто приводят к рубцовым деформациям и контрактурам, при этом до 40% обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации. РХЛ обуславливает снижение частоты инфекционных осложнений, улучшение функциональных результатов лечения, значительный экономический эффект. Был проведен анализ 107 историй болезней у больных с ЛГО, в лечении которых использовано РХЛ. Общая площадь ожогов составляла от 0,5% до 6% поверхности тела, возраст пациентов варьировал от 7 до 87 лет, время от момента получения травмы до операции составляло от нескольких часов до 7 суток. РН выполнялась на 1–5 сутки с момента травмы, то есть в период до развития в ране признаков воспаления и начала активной колонизации ожогового струпа патогенной микрофлорой. Использовали скальпельную эксцизию, либо дерматом для выполнения дермо-эпидермальных или субфасциальных некрэктомий. Пластическое закрытие ран осуществляли одномоментно, либо на 3–5-е сутки расщепленным кожным лоскутом, также использовали пластику местными тканями. Несвободную кожную пластику применяли только после иссечения пораженных глубоких анатомических структур, преимущественно на кистях (в том числе с использованием лоскутов с осевым кровоснабжением). Полное приживление отмечено у 74 больных (69,1%), частичный лизис (до 20%) – у 24 больных (22,6%). Неудачный исход аутодермопластики был зарегистрирован у 9 (8,3%) пациентов, что было обусловлено нерадикальностью некрэктомии, а также образова-

нием под трансплантатами гематом с последующей их отслойкой. Койко-дни после операции варьировали от 5 до 18 суток. Умерших не было.

Острые язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке (Curling) остаются серьезной хирургической проблемой из осложнений, развивающихся при обширных ожогах и являющихся главной причиной смертельных исходов после сепсиса и шока. Они диагностируются у 0,2–1,8% от общего числа ожоговых больных, но в группе тяжелообожженных эти показатели возрастают в 2,5–3 раза. При эндоскопическом исследовании у больных с обширными ожогами острые язвы желудочно-кишечного тракта встречаются в 24,5% наблюдений. Проанализированы истории 3150 обожженных, среди которых ожоговая болезнь была у 547 (17%) больных. Именно в этой группе острые язвенные гастродуоденальные кровотечения были диагностированы у 14 пациентов и проведенная консервативная терапия оказалась успешной. У одного тяжелообожженного (площадь поражения 32%) течение заболевания осложнилось профузным кровотечением из острой язвы 12-перстной кишки, по поводу чего произведена резекция желудка с последующим выздоровлением. У 2 пациентов ожоговая болезнь осложнилась прободением язвы 12-перстной кишки, производили ушивание перфоративной язвы. В одном случае больной поправился, в другом имел место летальный исход (тяжелая ожоговая болезнь с площадью поражения 45%). С 1999 года всем тяжелообожженным при поступлении назначалась противоязвенная терапия (антациды, H_2 -блокаторы и ингибиторы протонной помпы), необходимость которой диктуется, с одной стороны, предпосылками к возникновению острых гастродуоденальных язв при термических поражениях; с другой – социальным статусом больных, которые нередко злоупотребляют алкоголем и, соответственно, не соблюдают пищевой режим. Это привело к сокращению острых язв желудочно-кишечного тракта.

Литературные ссылки

1. Тактика и стратегия хирургического лечения пострадавших с глубокими ожогами: учебно-методическое пособие / К.М. Крылов, И.В. Шлык. – СПб., 2005. – 32 с.

ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Можейко М.А.¹, Сушко А.А.², Смирнов А.В.²,
Рожко В.В.², Кропа Ю.С.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Проанализировать результаты лечения больных с различными формами травмы грудной клетки с повреждением и без повреждения внутригрудных образований. Улучшить результаты лечения с применением малоинвазивных вмешательств.

Материал и методы. С 1985 по 2011 год в клинике находилось на лечении 912 больных с различными травмами грудной клетки. Среди них мужчин было 830, женщин – 82. возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет, в среднем составил $38,9 \pm 4,5$ лет и в основном приходился на трудоспособный период. Тупая травма грудной клетки имела место у 874 больных, резаные, колотые, проникающие ранения – у 346 пациентов, непроникающие ранения – у 149, огнестрельное ранение диагностировано у 3 больных. Причинами тупой травмы у 72% пациентов были падения с различной высоты, у 19% – автомобильные катастрофы и у 13% – удары, сдавления грудной клетки. 82% больных были переведены в торакальное отделение клиники из других лечебных учреждений через 3–18 дней после травмы в связи с развитием различных осложнений, 18% поступили в клинику сразу после полученной травмы. Тупая травма у 12,6% пациентов сопровождалась ушибом мягких тканей с болевым синдромом. У 78,3% отмечены переломы 2–4 ребер; у 3 имел место перелом грудины, у 2 – перелом лопатки, у 12 – ушиб сердца и легкого, у 5 – разрыв левого купола диафрагмы. У одной больной при автомобильной аварии отмечен разрыв главного бронха с тяжелой черепно-мозговой травмой. Произведено ушивание бронха. Больная погибла от сочетанной травмы и травматического шока.

Среди осложнений закрытой травмы грудной клетки наиболее часто у 62,7% больных наблюдался газовый синдром. При этом пневмоторакс диагностирован у 67,6%, подкожная эмфизе-

ма без пневмоторакса – у 14,8%, эмфизема средостения – у 17,6%. Геморрагический синдром при тупой травме диагностирован у 38,3%.

Лечение больных пневмотораксом проводилось в основном с помощью торакоцентеза с пассивной или активной аспирацией. При безуспешности аспирационного метода и нерасправлении легкого в течение 4–5 суток у 42 пациентов потребовалась торакотомия с ушиванием разрыва легкого или резекцией размозженных тканей. В последние 10 лет используем торакоскопию, которая позволила снизить послеоперационный койко-день на $4,6 \pm 1,2$ дня. У больных с эмфиземой средостения выполнялась шейная медиастиномия. У пациентов с гемотораксом лечение начинали с пункционной аспирации крови и промывания плевральной полости. При продолжающемся кровотечении выполнялась торакоскопия, позволяющая визуализировать источник кровотечения и выполнить гемостаз. При свернувшемся гемотораксе в большинстве случаев производилась тораскопия с удалением сгустков крови, пневмолизом и диафрагмолизом с последующим дренированием плевральной полости и активной аспирацией. Умерли после тупой травмы грудной клетки 7 больных. При проникающих ранениях летальных исходов не было.

Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что закрытая травма грудной клетки без повреждения трахеи, бронхов и жизненно важных органов при своевременной диагностике и лечении осложнений, как правило, протекает благоприятно. Следует отметить, что травматический разрыв диафрагмы диагностируется поздно и в основном при ущемлении дислоцированных в грудную полость органов. Торакоскопические методы лечения геморрагического и газового синдромов менее травматичны, легче переносятся больными и сокращают сроки лечения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИИ И ЛАЗЕРНОЙ ВАПОРИЗАЦИИ

Муковозова И.Л.¹, Рычагов Г.П.²

УЗ «3-я городская клиническая больница им. Е.В. Клумова»¹,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Опухолевидные образования желудочно-кишечного тракта достаточно длительное время, как правило, не проявляют себя клинически, носят бессимптомный характер. В связи с чем их обнаруживают чаще всего случайно в результате целевых профилактических обследований населения с использованием эндоскопии.

Более 90% доброкачественных образований толстой кишки составляют полипы, различные по своей локализации, формам, размерам и морфологической структуре. Из всех полипов толстой кишки от 8 до 27% составляют ворсинчатые опухоли.

Растущий интерес к проблеме лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки обусловлен высоким индексом злокачественной трансформации опухоли, а также достаточно частым выявлением этих новообразований значительных размеров.

Существуют убедительные доказательства развития рака в ворсинчатом полипе – от дисплазии и атипии до очагового и инвазивного рака, причем атипия нарастает с увеличением «ворсинчатости», а также размеров опухоли, вследствие чего папиллярные аденомы относят к облигатным предракам.

Успех лечения в современных условиях может быть гарантирован удалением ворсинчатых аденом хирургическим или эндоскопическим методом. Если размеры опухоли менее 3 см в диаметре и имеет четко выраженную ножку, то в этом случае показано эндоскопическое удаление.

Согласно современной тактике лечения ворсинчатых опухолей, если ее размер более 3 см в диаметре, она закрывает половину и более просвета кишки и имеет тенденцию к стелющемуся росту, как правило, такие опухоли удаляются хирургическим способом.

Цель исследования. Разработать методику эндоскопического лечения пациентов с ворсинчатыми опухолями в толстой кишке размерами более 3 см с использованием диатермокоагуляции и лазерной вапоризации и оценить ближайшие и отдаленные результаты ее применения.

Материалы и методы. С 2004 г. по настоящее время в эндоскопическом отделении 3 ГКБ г. Минска было пролечено 227 пациентов с ворсинчатыми опухолями в толстой кишке больших размеров (свыше 3 см в диаметре) и со стелющимся ростом.

Перед эндоскопическим удалением опухоли пациентам выполнялась диагностическая видеоколоноскопия с множественной биопсией с целью исключения ее малигнизации. Окончательно о природе опухоли судили на основании гистологического исследования удаленного препарата. По морфологической картине это были тубулярно-папиллярные и папиллярные аденомы.

Пациенты с узловой формой ворсинчатых опухолей в исследуемые группы не включались.

Все пациенты были разделены на две группы. Возраст пациентов варьировал от 30 до 80 лет. Первую группу составили 109 пациентов (48% от общего числа), которым выполнялось только эндоскопическое фрагментарное удаление диатермической петлей с резекцией слизистой в пределах здоровых тканей. Второй группе – 118 пациентам (52%) выполнялся эндоскопический комбинированный метод лечения. Этот метод включал в себя диатермическую электроэксцизию в сочетании с лазерной вапоризацией. На первом этапе вся масса опухоли фрагментарно удалялась диатермической петлей с резекцией слизистой в пределах неизменной. На втором этапе на 7–10 сутки после диатермической электроэксцизии ложе удаленной опухоли обрабатывалось JAG-неодимовым лазером (Фотэк, длина волны 1060 нм, импульсный, мощностью 50 Вт), когда появлялась краевая эпителизация раневой поверхности.

Результаты. Наибольшая частота локализации ворсинчатой опухоли была зафиксирована в ректосигмоидном отделе толстой кишки. Размеры ворсинчатых образований, удаленных эндоскопическими методами, колебались от 3,5 см до 10,0 см в диаметре. Большая часть из них закрывала просвет кишки более чем наполовину.

Гистологическое исследование удаленных и извлеченных фрагментов опухоли было обязательным условием. Малигнизация не была выявлена ни у одного пациента. Наличие дисплазии в строме опухоли не являлось противопоказанием к эндоскопическому лечению при отсутствии инвазии за пределы слизистой оболочки.

У четырех пациентов (щипцевой биоптат – папиллярная аденома) была изначально заподозрена злокачественная трансформация. Им выполнялась петлевая биопсия. При морфологической верификации была обнаружена высококодифференцированная аденокарцинома. После получения гистологии эти пациенты были оперированы в онкологическом стационаре.

Из осложнений у пяти пациентов наблюдалось кровотечение, во всех случаях было остановлено эндоскопически (в 2-х случаях наложением эндоклипсы, в 3-х случаях гемостаз достигнут использованием JAG-неодимового лазера).

Всем пациентам на протяжении двух лет после эндоскопического удаления ворсинчатой опухоли проводились контрольные осмотры с обязательным морфологическим исследованием биоптата из участка слизистой (чаще рубца) на месте ранее расположенной опухоли.

При сравнительном анализе рецидивы наблюдались у 24 пациентов из первой группы из числа тех, кому проводилась только электроэксцизия опухоли, что составляет 20%. Этим пациентам проводилась лазерная вапоризация рецидивной опухоли с обязательной хромоэндоскопией для оценки состояния слизистой. После удаления рецидива опухоли эти пациенты также находились на диспансерном контроле в течение двух лет с обязательным гистологическим подтверждением отсутствия опухолевого роста.

У пациентов второй группы, которым проводился комбинированный метод (электроэксцизия + лазерная вапоризация), на протяжении двух лет контрольных обследований рецидивов роста ворсинчатой опухоли выявлено не было.

Выводы:

1. Ворсинчатые опухоли больших размеров со стелющимся ростом могут быть успешно удалены с помощью эндоскопических методик в процессе лечебной видеоколоноскопии, что является альтернативой хирургическому лечению данной нозоло-

гии и избавляет больных от риска серьезных послеоперационных осложнений, свойственных для интраабдоминальных операций на ободочной кишке.

2. Применение только электроэксцизии для удаления ворсинчатых опухолей со стелющимся характером роста под видеоэндоскопическим контролем сопровождается высоким риском рецидива опухоли. В процессе диспансерного наблюдения в течение 2-х лет после данной операции рецидив отмечен у 20% пациентов.

3. Предложенный нами комбинированный двухэтапный эндоскопический метод лечения, включающий в себя электроэксцизию опухоли с последующей лазерной вапоризацией ее ложа спустя 7–10 дней, позволил добиться хороших ближайших и отдаленных результатов. Послеоперационные осложнения отмечены лишь у 4 пациентов в виде кровотечения из зоны операции, остановленных при повторной видеокOLONоскопии. Летальных исходов не было. Рецидивы ворсинчатых опухолей в процессе 2-летнего диспансерного наблюдения отсутствовали.

Литературные ссылки

1. Лагошный, А.Т. Лечение тубулярных аденом прямой и ободочной кишок // Опухоли желудочно-кишечного тракта. Труды Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР. – М., 1986. – Вып.4. – С. 126–131.

2. Веселов, В.В. Эндоскопическое лечение больных с большими и гигантскими аденомами толстой кишки Автореф.док.мед.наук. – М., 1997. – 20 с.

3. Веселов, В.В. Удаление ворсинчатых опухолей через эндоскоп // Тез. Докл. Всесоюзной конференции. – М., 1998.

4. Демакин, А.А. Ворсинчатые опухоли толстой кишки (Патогистология, гистохимия, ультраструктура). Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1987. – 15 с.

5. Петров, В.П. Малигнизированные ворсинчатые опухоли толстой кишки // Вестник хирургии. – 1995, 154. – С. 24–27.

6. Романов, В.А., Белов И.Н., Яшин Д.И. Сочетанные способы эндоскопического удаления больших ворсинчатых опухолей толстой кишки. // Тез. Докл. Всесоюзн. конференции. – М., 1989. – С. 132–135.

7. Смирнов, А.Б. Ворсинчатые опухоли толстой кишки. (Диагностика и лечение). Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1995. – 18 с.

8. Зозуля, М.В. Прогнозирование развития, эндоскопическое лечение предраковых заболеваний и раннего рака толстой кишки. Автореф. канд. мед. наук. – М., 2006.

РАСФОКУСИРОВАННЫЙ ПОТОК НИЗКОТЕМПЕРАТУРНОЙ АРГОНОВОЙ ПЛАЗМЫ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Нарезкин Д.В.¹, Сергеев Е.В.²

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»¹,
ГБУЗ «Брянская областная больница №1»²,
Смоленск, Брянск, Российская Федерация

Актуальность проблемы. Краеугольным камнем современной экстренной хирургии ущемленных послеоперационных грыж передней брюшной стенки, к сожалению, по-прежнему остается вопрос снижения частоты гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений и частоты рецидивов послеоперационных грыж брюшной стенки.

Частота рецидивов после грыжесечений, выполненных по поводу ущемленных грыж, достигает, по данным некоторых авторов, 68,4%. Это объясняется тем, что оперативное вмешательство при ущемленных грыжах производится в совершенно других условиях – как местных (бактериальная контаминация раны, ишемия тканей), так и общих (экстренный характер вмешательства, наличие у пациента интоксикации, высокого внутрибрюшного давления, кишечной непроходимости, перитонита, декомпенсированной сопутствующей патологии).

Основной причиной рецидивов послеоперационных грыж передней брюшной стенки является патология формирования соединительной ткани в области послеоперационного рубца, связанная с действием различных этиологических факторов. Наиболее значимым производящим этиологическим фактором в возникновении и развитии рецидивов послеоперационных вентральных грыж на сегодняшний день по-прежнему остаются гнойно-воспалительные осложнения, наблюдающиеся в послеоперационном периоде.

Расфокусированный поток низкотемпературной аргоновой плазмы широко используется в качестве метода профилактики

гнойно-воспалительных осложнений в различных отраслях медицинской науки. Клиническая эффективность низкотемпературного плазменного потока при воздействии на биологические ткани обусловлена комплексом физико-химических явлений, а также медико-биологических эффектов промежуточных и конечных продуктов плазмогенерации. К таковым относятся: инфракрасное излучение плазменной струи – своеобразный тепловой катализатор, обеспечивающий усиление биохимических реакций в клеточных и тканевых структурах в зоне воздействия, нормализация обменных процессов, а также улучшение лимфо- и кровообращения вследствие расширения капилляров облученных тканей; жесткое ультрафиолетовое излучение ($\lambda < 250$ нм) плазменного факела не только стимулирует ткани раневого дефекта, но и обеспечивает выраженное бактерицидное действие на раневую микрофлору; высокая концентрация озона ($> 0,5$ мг/м³) в зоне воздействия плазменного потока, образующегося из атмосферного кислорода под действием ультрафиолета, электрического разряда и мощного ионизированного потока; газодинамическая турбулентность ионизированного потока, способствующая нагнетанию высокоактивных химических веществ и тепловой энергии в местные ткани раневого дефекта.

Основываясь на этих свойствах низкотемпературной плазмы, нами предложен и разработан метод применения низкотемпературного потока аргоновой плазмы в ургентной хирургии ущемленных послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки. Получен патент на изобретение RU 2449820 C1 «Способ профилактики гнойно-воспалительных раневых осложнений при аллопластике ущемленных послеоперационных вентральных грыж».

Сущность предложенного нами способа состоит в следующем: у больных ущемленными послеоперационными вентральными грыжами передней брюшной стенки интраоперационно после выполнения основного этапа операции (грыжесечения, установки и фиксации сетчатого полипропиленового трансплантата по одной из известных методик) проводят однократное облучение раневой поверхности и поверхности протеза низкотемпературным потоком аргоновой плазмы, полученным с помощью установки KLS Martin со скоростью

подачи аргона 2 л/мин и напряжения 40 Вт, избыточное давление газа (плотность плазменного потока) – 0,25–0,3 кг/см². Обработку проводят сканирующими движениями с расстояния 5–6 см от сопла до поверхности трансплантата с экспозицией 5–8 секунд на 1 см² и общей продолжительностью облучения 2–3 минуты в зависимости от площади раневой поверхности и используемого протеза. При выбранных параметрах температура на конце плазменного ядра не превышает 38°C, что предотвращает повреждение тканей и сетчатого трансплантата; низкотемпературный поток аргоновой плазмы оказывает выраженное антибактериальное, противовоспалительное воздействие и непосредственно влияет на активность репаративных процессов тканей.

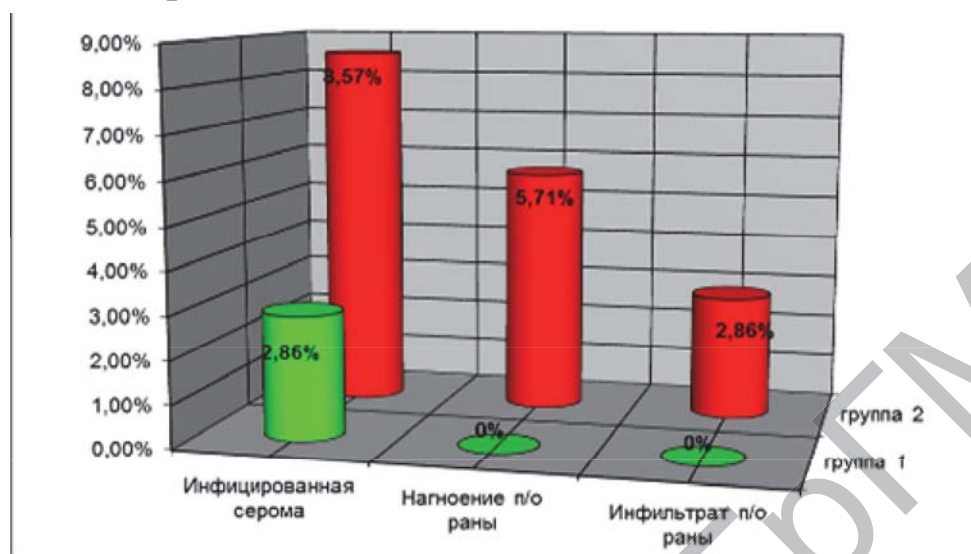
Материалы и методы. Разработанный нами метод на сегодняшний день успешно применен в лечении 35 пациентов с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами (группа 1). Для оценки эффективности результатов произведена выборка 35 пациентов (группа 2) из 217 пациентов с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами сходных по всем значимым признакам с пациентами группы 1, в лечении которых не применялся расфокусированный поток низкотемпературной аргоновой плазмы.

Основным показателем эффективности использования расфокусированного потока низкотемпературной аргоновой плазмы в ургентной хирургии ущемленных послеоперационных грыж передней брюшной стенки может служить снижение частоты местных гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений, который подтверждают представленные ниже данные.

Местные гнойно-воспалительные осложнения группы 1 были представлены: инфицированная серома послеоперационной раны у 1 (2,86%) пациента, нагноения и инфильтратов послеоперационной раны в группе 1 не отмечено.

Местные гнойно-воспалительные осложнения группы 2 были представлены: инфицированная серома послеоперационной раны у 3 (8,57%) пациентов, нагноение послеоперационной раны у 2 (5,71%) пациентов, инфильтрат послеоперационной раны у 1 (2,86%) пациента.

График – Частота местных гнойно-воспалительных послеоперационных раневых осложнений



Благодаря применению расфокусированного низкотемпературного потока аргоновой плазмы в лечении пациентов ущемленными послеоперационными вентральными грыжами нам удалось уменьшить число койко-дней пребывания в стационаре. Этот факт объясняется не только снижением частоты местных гнойно-воспалительных послеоперационных раневых осложнений, но и более быстрым купированием болевого синдрома в проекции послеоперационной раны, ранним удалением дренажей послеоперационной раны по сравнению с пациентами группы 2. Средний койко-день пребывания пациента в стационаре составил: в группе 1 – 11,1 дней, в группе 2 – 15,7 дней. Уменьшение числа койко-дней пребывания пациента в стационаре позволит уменьшить общее число дней нетрудоспособности пациента.

Заключение

1. Применение расфокусированного потока низкотемпературной аргоновой плазмы в ургентной хирургии ущемленных послеоперационных грыж передней брюшной стенки достоверно снижает частоту местных послеоперационных гнойно-воспалительных раневых осложнений.

2. Применение интраоперационной профилактики с использованием расфокусированного потока низкотемпературной аргоновой плазмы у больных пациентов ущемленными послеоперационными вентральными грыжами позволяет достичь лучшего социально-экономического эффекта, за счет уменьшения общего числа дней нетрудоспособности пациента.

РЕНТГЕНОВСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ И СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

*Нечипоренко А.Н.¹, Мятлева И.А.²,
Нечипоренко А.С.², Шапоров И.Н.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Генитальный пролапс в виде опущения матки и передней стенки влагалища, встречающийся у 30–35% женщин в возрасте старше 40 лет, влечет за собой опущение мочевого пузыря и уретры, что и лежит в основе всех расстройств мочеиспускания у таких женщин.

Методами, документирующими особенности опущения и состояния мочевого пузыря и уретры, являются такие рентгеновские исследования, как ретроградная цистография (РЦ) и многосрезования спиральная компьютерная томография (МСКТ).

Целью настоящего исследования явилась оценка значения экскреторной урографии и ретроградной цистографии в уточнении особенностей нарушений статики мочевого пузыря и мочеточников у женщин с опущением внутренних половых органов, а также роль этих исследований в оценке эффективности проведенного хирургического лечения.

Материал и методы. Наблюдали 82 женщин в возрасте 35–80 лет с опущением внутренних половых органов различной стадии по классификации POP-Q: I ст. – 9; II ст. – 20, III ст. – 32; IV ст. – 21. Всем женщинам выполнены РЦ при заполнении мочевого пузыря 200 мл раствора, содержащего контрастное вещество (уротраст, верографин), в прямой проекции в спокойном состоянии и на высоте пробы Вальсальвы. 16 больным проведена МСКТ таза.

Возраст женщин 54–70 лет, длительность заболевания от 3 до 9 лет.

Результаты и обсуждение. Анализ цистогамм и компьютерных томограмм в спокойном состоянии пациенток и на высоте пробы Вальсальвы позволил выделить 4 степени опущения мочевого пузыря по отношению к лонному сочленению.

Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) I степени. На цистограммах на высоте пробы Вальсальвы нижний контур мочевого пузыря опускается больше чем на 1 см от верхнего края лонного сочленения и может доходить до его середины. На томограммах нижний контур мочевого пузыря находится выше лонно-копчиковой линии, но не опускается ниже середины симфиза.

Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) II степени. Нижний контур мочевого пузыря опускается ниже середины лонного сочленения, но не выходит за его нижнюю границу.

На томограммах нижний контур мочевого пузыря находится между серединой симфиза и лонно-копчиковой линией.

Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) III степени. На цистограммах нижний контур мочевого пузыря опускается ниже нижнего края лонного сочленения, но не более чем на 3 см (рис. 1).



Рис. 1 – Ретроградная цистограмма больной на высоте пробы Вальсальвы. Нижний контур мочевого пузыря опустился ниже лонного сочленения на 2 см – цистоцеле III ст.

На томограммах нижний контур мочевого пузыря опускается не более чем на 3 см ниже лонно-копчиковой линии (рис. 2).

Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) IV степени. На цистограммах нижний контур мочевого пузыря опускается ниже нижнего края лонного сочленения более чем на 3 см. Мочевой пузырь приобретает форму песочных часов (рис. 3).

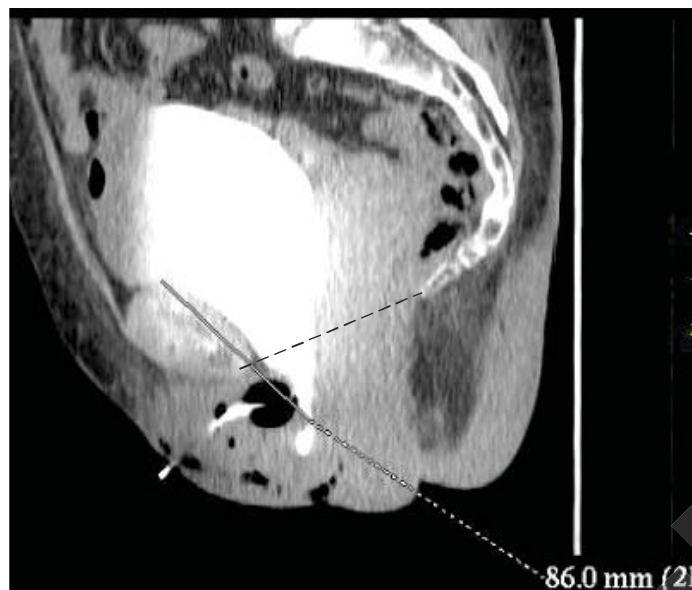


Рис. 2 – МСКТ таза женщины в сагиттальной плоскости на высоте пробы Вальсальвы

Нижний контур мочевого пузыря опустился ниже лонно-копчиковой линии (обозначена пунктиром) на 2,5 см – цистоцеле III ст.



Рис. 3 – Ретроградная цистограмма.

Опущение мочевого пузыря (цистоцеле) IV степени

На томограммах нижний контур мочевого пузыря опускается ниже лонно-копчиковой линии более чем на 3 см.

На цистограммах, выполненных в прямой проекции, на высоте пробы Вальсальвы, в зависимости от степени опущения мочевого пузыря, последний приобретал различную форму от формирующегося по нижнему контуру конуса до «песочных часов». Чем более выражено опущение мочевого пузыря, тем чаще отме-

чалось нарушение его опорожнения, что проявлялось затрудненным мочеиспусканием и появлением остаточной мочи.

Все женщины оперированы. Нарушенную статику тазовых органов восстанавливали имплантацией сетчатых протезов по технике Prolift, а континенцию восстанавливали имплантацией подуретральной синтетической ленты по технике TVT.

После хирургической коррекции нарушений статики передней стенки влагалища и мочевого пузыря и восстановления континенции на цистограммах отмечалось значимое снижение степени опущения мочевого пузыря относительно лонного сочленения. После операции TVT нижний контур мочевого пузыря был расположен горизонтально.

Заключение. Рентгеновские исследования (РЦ и МСКТ) у женщин с опущением и(или) выпадением матки или передней стенки влагалища позволяют оценить анатомическое состояние мочевого пузыря. Исследования, выполненные после операции, позволяют оценить анатомический эффект проведенного вмешательства по степени восстановления положения мочевого пузыря.

СОСТОЯНИЕ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН С ОПУЩЕНИЕМ ИЛИ ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

*Нечипоренко А.Н.¹, Прудко А.Ю.²,
Нечипоренко А.С.², Мятлева И.А.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,

Гродно, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Уточнение состояния мочевой системы у женщин с различными стадиями опущения матки и передней стенки влагалища представляется чрезвычайно важным, поскольку мочевая система в этой ситуации страдает в первую очередь.

Цель исследования. Показать разрешающие возможности экскреторной урографии (ЭУ) и магнитно-резонансной томогра-

фии (МРТ) в оценке состояния мочевой системы у женщин с опущением или выпадением внутренних половых органов.

Материал и методы. Наблюдали 76 женщин в возрасте 35–80 лет с ГП I ст. – 8; II ст. – 19; III ст. – 28; IV ст. – 21 (классификация POP-Q). Всем женщинам выполнены ЭУ, 36 пациенткам – статическая и динамическая (МРТ) таза.

Результаты. По результатам МРТ таза мы выделили 4 степени опущения мочевого пузыря (цистоцеле).

Цистоцеле I степени. На МРТ таза в сагиттальной плоскости нижний контур мочевого пузыря находится между верхним краем и серединой лобкового симфиза.

Цистоцеле II степени. На МРТ нижний контур мочевого пузыря находится ниже середины лобкового симфиза, но не опускается ниже лонно-копчиковой линии.

Цистоцеле III степени. На МРТ нижний контур мочевого пузыря опускается не более чем на 3 см ниже лонно-копчиковой линии (рис. 1).



Рис. 1 – МРТ таза пациентки с цистоцеле III степени и недержанием мочи при напряжении

Исследование в сагиттальной плоскости на высоте пробы Вальсальвы. Нижний контур мочевого пузыря находится на 2,8 см ниже лонно-копчиковой линии (обозначена прямой). Просвет уретры открыт (показано стрелкой).

Цистоцеле IV степени. На МРТ таза нижний контур мочевого пузыря опускается ниже лонно-копчиковой линии больше, чем на 3 см.

Состояние уретры также оценивали по результатам динамиче-

ческой МРТ таза в сагиттальной плоскости при кашле. Кроме четкой визуализации органов малого таза, удалось зафиксировать и открытие уретры при кашле, что объективно подтверждало наличие у пациентки именно недержания мочи при напряжении (рис. 1).

Опущение мочевого пузыря I и II степени не вызывало изменений в верхних мочевыводящих путях у обследованных нами женщин.

Среди 49 женщин с опущением мочевого пузыря III и IV степени отсутствие изменений со стороны верхних мочевыводящих путей по данным ЭУ отмечено только у 5 женщин. У 44 отмечено сужение просвета интрамуральных отделов мочеточников, что у 11 пациенток на момент обследования сопровождалось односторонней атонией лоханки почки и мочеточника, у 12 – аналогичные изменения выявлены с обеих сторон; у 13 женщин диагностирован односторонний уретерогидронефроз и у 8 пациенток – двусторонний уретерогидронефроз (рис. 2).

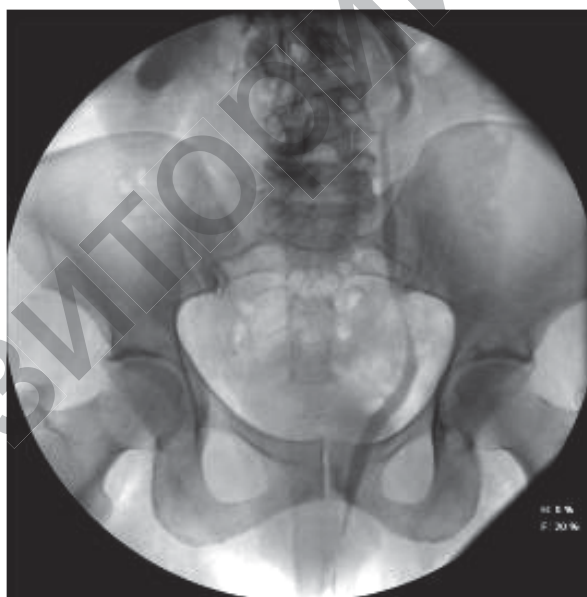


Рис. 2 – Экскреторная урограмма больной с полным выпадением матки. Гидронефроз справа

Область устья левого мочеточника находится ниже нижнего края лонного сочленения. Сужение дистального отдела левого мочеточника с формированием уретерогидронефроза

У 5 пациенток с двусторонним гидроуретеронефрозом отмечено повышение мочевины и креатинина в сыворотке крови, соответствовавшее ХПН III ст.

Заключение. Состояние мочевой системы у женщин с опущением матки и передней стенки влагалища должно уточняться методами ЭУ и МРТ таза, что позволяет, выявив изменения в системе мочевыделения, установить показания для адекватной хирургической коррекции ГП, а при необходимости провести и адекватную реконструкцию мочевыводящих путей. Кроме того, эти методы исследования мочевой системы позволяют оценить эффект проведенного хирургического лечения женщин с генитальным пролапсом III–IV ст.

РЕКТО- И ЭНТЕРОЦЕЛЕ: ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО ПРОТЕЗА

*Нечипоренко Н.А.¹, Нечипоренко А.Н.¹, Мицкевич В.А.²,
Можейко М.А.¹, Юцевич Г.В.²*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Радикальным методом лечения ректоцеле с энтероцеле или без такового является хирургическое вмешательство с использованием синтетических сетчатых протезов. В настоящее время разработана оригинальная сетчатая система Gynekar Prolift posterior, позволяющая провести реконструкцию задней стенки влагалища за счет замещения несостоятельной прямокишечно-влагалищной фиксации сетчатым протезом. Недостатком оригинальных протезов является их высокая стоимость.

Цель исследования. В настоящем сообщении представляем наш опыт диагностики ректоцеле с энтероцеле или без такового и собственную технологию хирургического лечения этой патологии с использованием синтетического сетчатого протеза по принципу Prolift posterior, позволившую снизить стоимость операции в 13 раз при полном сохранении эффективности оригинальной системы Gynekar Prolift posterior.

Материал и метод. Наблюдали 97 женщин с ректоцеле. У 23

из них ректоцеле сочеталось с энтероцеле. Диагноз устанавливался по результатам осмотра и стандартного пальцевого ректального исследования. С целью объективной диагностики ректо- и энтероцеле 45 женщинам выполнены динамическая МРТ таза на высоте пробы Вальсальвы.

Все женщины оперированы. Выполнялась процедура пластики задней стенки влагалища сетчатым протезом по принципу Pro-lift posterior по собственной технологии. Протез готовили в ходе операции из хирургической сетки ЭСФИЛ компании "Линтекс" С-Пб.

Результаты. Лучшими объективными методами диагностики ректоцеле с энтероцеле или без такового является МРТ таза в сагиттальной плоскости (рис. 1).



Рис. 1 – Магнитно-резонансная томограмма таза, выполненная в сагиттальной плоскости на высоте пробы Вальсальвы

Отчетливо видно опущение мочевого пузыря ниже лонно-копчиковой линии и формирование «кармана» в передней стенке прямой кишки – ректоцеле (стрелка).

Оперированы все 97 женщин.

Техника операции по нашей технологии. Проводится гидравлическая препаровка тканей задней стенки влагалища физиологическим раствором с адреналином.

Продольная задняя кольпотомия на всю толщину стенки влагалища с рассечением прямокишечно-влагалищной фасции. При

наличии энтероцеле выполняется иссечение грыжевого мешка и проводится типичная обработка культи шейки грыжевого мешка.

Формируется ложе для размещения сетчатого протеза между передней стенкой прямой кишки и задней стенкой влагалища. В ложе укладывается приготовленный сетчатый протез, а его «рукава» выводятся на кожу параанальной области по трубкам проводникам, потягиванием за «рукава» проксимальная часть протеза устанавливается в нужном положении. Протез укладывается на прямую кишку без гофрирования. Избыток протеза отсекается. На рану влагалища накладываются швы.

Результаты операций приведены в таблице.

Таблица – Осложнения после процедуры Prolift posterior (среди 97 больных)

Осложнения	Число больных	
	абсол. количество	в %
Интраоперационные осложнения:	-	-
Ранние осложнения (в сроки до 1 месяца после операции)		
Подкожные гематомы	4	4,1±2,0%
Атония мочевого пузыря с острой задержкой мочи	1	1,0±1,0%
Стреляющие боли в ноге	1	1,0± 1,0%
Запоры	2	2,0±1,4%
Итого:	8	8,2±2,8%
Поздние осложнения (в сроки 2-48 месяцев после операции)		
Стрессовое недержание мочи	1*	1,0±1, 0%
Эрозия влагалища	1*	1,0±1,0%
Рецидив ректоцеле	6	6,2±2,4%
Итого:	8	8,2±2,8%

* Осложнения, скорригированные хирургическим путем

Заклучение. Пластика ректоцеле с энтероцеле или без такового сетчатым протезом трансвагинальным доступом с фиксацией протеза к крестцово-остистым связкам по принципу Prolift posterior является эффективным и малоинвазивным вмешательством, сопровождающейся небольшим количеством негрозных осложнений. Операция позволяет в 93,8% случаев ликвидировать ректоцеле.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Новиков С.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Неудовлетворённость хирургов результатами после различных видов герниопластики брюшной стенки местными тканями способствовала разработке синтетических имплантатов, которые нашли широкое применение для лечения грыж живота. Наибольшую популярность в настоящее время получили полипропиленовые сетчатые имплантаты. Приоритетным направлением в современной герниологии является достижение максимальной радикальности герниопластики за счёт полного либо частичного восстановления анатомической целостности брюшной стенки, а также снижение количества осложнений после грыжесечений. Основными из них являются рецидив грыжеобразования и синдром интраабдоминальной гипертензии (абдоминальный компартмент синдром, синдром абдоминальной компрессии), развивающийся при использовании натяжных методов герниопластики и являющийся причиной летальности после операций по поводу грыж [1, 2].

Цель исследования. Изучение результатов использования предлагаемого нами способа интраабдоминальной герниопластики сетчатым имплантатом у пациентов с вентральными грыжами.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения 92 пациентов по поводу вентральных грыж с использованием сетчатых полипропиленовых имплантатов. Оперированы больные в возрасте от 28 до 74 лет, средний возраст – 48,9 года. Преобладало количество женщин – 58 человек (63,8%). У 60 пациентов (65,2%) имелись послеоперационные вентральные грыжи, в их числе 13 человек с рецидивными грыжами, у 18 пациентов (19,5%) имелись грыжи белой линии живота, у 14 пациентов (15,3%) имелись пупочные грыжи.

Этапы герниопластики. Герниолапаротомия. Ревизия грыжевого содержимого. Адгезиолизис при необходимости. Остатки грыжевого мешка на данном этапе не иссекаются. Изнутри по пе-

риметру дефекта в мышечно-апоневротическом слое, на расстоянии не менее 5 см от его краёв, большой сальник, а при верхне-срединной локализации грыжевого дефекта – и висцеральная брюшина передней поверхности lig. gastocolicum, подшивается к париетальной брюшине и заднему листку апоневроза передней брюшной стенки. Между последней и подшитым к ней большим сальником размещается полипропиленовый сетчатый имплантат. Имплантат фиксируется сначала к большому сальнику узловыми швами, расположенными в шахматном порядке на расстоянии 3–5 см друг от друга, а затем подшивается к мышечно-апоневротическому слою со стороны брюшной полости. После этого производится полное или частичное ушивание дефекта в мышечно-апоневротическом слое с захватом в шов сетчатого имплантата. В случае неполного ушивания дефекта последний закрывается путём сшивания между собой остатков грыжевого мешка. Иссекаются остатки грыжевого мешка и рана послойно ушивается. При необходимости производится дренирование подапоневротического пространства и подкожной жировой клетчатки через контрапертуры методом низкого вакуума (Рац. предложения №№ 1697, 1698, 1699 от 19.01.2010).

Выбор тактики зависит, прежде всего, от размеров грыж. Пациентам с рецидивными и послеоперационными вентральными грыжами малых размеров, а также пациентам с первичными грыжами малых размеров, с индексом массы тела, равным 25 и более, выполняется подапоневротическая герниопластика полипропиленовым имплантатом с ушиванием над ним мышечно-апоневротического слоя. Остальным пациентам с грыжами малых размеров выполняется пластика местными тканями.

Пациентам с вентральными грыжами средних размеров выполняется описанная выше герниопластика. Но полное сшивание апоневроза может привести к интраабдоминальной гипертензии и, как следствие, развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии. В связи с этим на анестезиологическом оборудовании производится контроль пикового давления на вдохе ($P_{\text{пик}}$), а в случае больших и гигантских грыж дополнительно измеряется внутрибрюшное давление (ВБД) по методу Kron и Iberti, либо по предложенной нами модификации этого способа. Этот метод

предусматривает определение ВБД посредством измерения давления внутри мочевого пузыря. Пациент лежит на спине. В мочевой пузырь через катетер Фолея с раздутым баллоном вводится 80–100 мл водного 0,02% раствора фурацилина. К катетеру присоединяется обычная система для измерения центрального венозного давления, фиксированная вертикально. За нулевую отметку принимается верхний край лонного сочленения (Рац. предложение № 1678 от 05.09.2009). Критические значения показателей: $P_{\text{пик}} = 15 \text{ mm Hg}$, ВБД = 15 mm Hg. При достижении указанного значения дальнейшее сшивание апоневроза является недопустимым, т.к. может привести к развитию синдрома интраабдоминальной гипертензии.

Результаты и обсуждение. Изучены отдалённые результаты оперативного лечения 92 пациентов. Выявлено 5 (5,4%) случаев возникновения рецидива грыжи.

Выводы. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что использование сетчатых имплантатов для интраабдоминальной герниопластики при лечении пациентов с вентральными грыжами могут с успехом применяться на практике. Интраабдоминальная герниопластика с использованием полипропиленовой сетки является перспективным направлением лечения грыжевой болезни.

Литературные ссылки

1. Егиев, В.Н. Ненатяжная герниопластика // М.: Медпрактика. – 2002. – С. 148.
2. Тимошин, А.Д., Юрасов, А.В., Шестаков, А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки // М.: Триада-Х. – 2003. – С. 144.

ВЫБОР МЕТОДА ТРЕПАНАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОБОЛОЧЕЧНЫХ И ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМАХ У БОЛЬНЫХ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СУБКОМПЕНСАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

Парфёнова А.Ф.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Повреждения центральной нервной системы в общей структуре травматизма составляют около 30–40%, а среди причин инвалидизации выходят на первое место [Лихтерман Л.Б. с соавт., 2001]. Частота черепно-мозговых травм составляет в среднем 2–4 случая на 1000 человек в год [Даллакян Н.О. с соавт., 2003].

Цель. Определить оптимальный метод трепанации при травматических оболочечных и внутримозговых гематомах у больных в состоянии клинической субкомпенсации и умеренной декомпенсации.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения больных на базе взрослого нейрохирургического отделения ГКБСМП г. Минска с 1.01.09 г. по 31.01.11 г.

Проведено ретропроспективное исследование групп больных с костно-пластической трепанацией черепа (КПТЧ) и декомпрессионной трепанацией черепа (ДТЧ). Больные, которым проводили КПТЧ, составили основную группу (n=36); в контрольную группу вошли больные с выполненной ДТЧ (n=36).

Критериями включения больных в исследование являлись: наличие у больного внутричерепного травматического очага (оболочечные, внутримозговые гематомы, очаги ушиба и разможжения мозга и их сочетание между собой); не более 72 часов (3 суток) после получения травмы; уровень сознания до лечения больше 10 баллов по ШКГ (шкале ком Глазго). Критериями исключения больных из исследования были: проявления выраженного отека и набухания мозга во время выполнения операции, наличие двухсторонних гематом, вдавленные переломы, наличие

тяжелой сочетанной травмы.

Результаты исследования. В ходе исследования оценивалось количество койко-дней, проведенных в больнице. В исследуемой группе оно составило $16,81 \pm 8,62$ дней. В контрольной $18,08 \pm 7,42$ дней. ($p > 0,05$).

Проводилась оценка послеоперационного состояния больных в обеих группах. В исследуемой группе количество больных в ясном сознании (15 баллов по ШКГ) составило 15 чел. (41,66%), в состоянии оглушения (11–14 баллов) 19 чел. (52,77%), в сопоре (9–10 баллов) 2 чел. (5,55%). ШКГ после оперативного лечения составило $+1,08 \pm 1,54$ баллов к исходному состоянию. В контрольной группе распределение больных по уровню сознания выглядело следующим образом: оглушение – 20 чел. (66,66%), ясное сознание – 16 чел. (44,44%). ШКГ после оперативного лечения $+1,8 \pm 1,32$ баллов к исходному состоянию ($p < 0,05$).

Сравнивалось количество реопераций в исследуемой группе 8 (22,22%), в контрольной группе – 4 (11,11%) ($p > 0,05$).

Оценивалось количество летальных исходов. Оно составило по 2 человека (5,55%) в каждой группе.

Заключение. Более целесообразным методом оперативного лечения у больных с ЧМТ в состоянии клинической субкомпенсации и умеренной декомпенсации следует признать проведение КППЧ. Отмечается лучшее восстановление больных, которым проводилась КППЧ. Этот вид оперативного лечения является экономически выгодным (не требуется повторной госпитализации больных, сокращаются расходы на проведение пластики костного дефекта). Статистически достоверных различий по продолжительности лечения, количеству реопераций, летальности между обеими группами выявлено не было.

Литературные ссылки

1. Лебедев, В.В., Крылов, В.В. Неотложная нейрохирургия. – М., 2000. – С. 103–266.
2. Кондратьев, А.Н. Неотложная нейротравматология. – М., 2009. – 190 с.
3. Лебедев, В.В., Лебедев, Н.В. Неотложная хирургия ЧМТ. – М., 2008. – 522 с.
4. Гланц, С. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 462 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ ИСКУССТВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

Петрашевич И.С., Кудош М.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на то, что трансплантация сердца является эффективным средством лечения СН, число доноров не превышает 25–30% от необходимой потребности. Одним из способов решения этой проблемы является использование различных методов механической поддержки кровообращения, в частности ИЖС.

Цель. Обобщить опыт лечения хронической сердечной недостаточности посредством методов вспомогательного кровообращения с использованием искусственных желудочков сердца по типу обхода левого (LVAD) и обоих желудочков (BiVAD), проанализировать результаты лечения в раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили результаты лечения 16 пациентов, которым выполнена операция имплантации систем LVAD и BiVAD. Все больные находились на стационарном лечении в РНПЦ «Кардиология» (г. Минск) с 2008 по 2011 г. Методами исследования результатов хирургического лечения послужили ретроспективный анализ историй болезни данных пациентов, статистическая обработка данных посредством SPSS Statistics 15.0.

Результаты исследования. В период с 2008 г. по 31.10.2011 в РНПЦ «Кардиология» было произведено 16 операций по имплантации ИЖС. У 50% пациентов (8 человек) был использован левожелудочковый обход (LVAD), у другой половины – обход обоих желудочков (BiVAD). Основную часть пациентов составляют мужчины (14 пациентов, 87,5%). На долю женщин приходится 12,5% (2 пациентки). Средний возраст в исследуемой когорте составил 45,1 года.

Признаки печеночно-почечной недостаточности (повышение уровней общего билирубина, мочевины, креатинина) имели ме-

сто у 13 пациентов (81,25%). Клиническая картина «застойных» печени и почки развилась у 8 (50%) пациентов, шести из них потребовался бивентрикулярный обход (37,5%).

Для оценки функции сердца и ее изменения после имплантации VAD-систем были проанализированы результаты трансторакальной эхокардиографии до операции и в послеоперационном периоде. Перед операцией у всех пациентов отмечались эхокардиографические признаки терминальной СН: низкая ФВ ЛЖ (в среднем $15,8 \pm 3,4\%$), высокие значения КДР ЛЖ ($77,3 \pm 4,1$ мм), КСО ЛЖ ($266 \pm 15,4$ мл), КДО ЛЖ ($316 \pm 27,5$ мл).

В течение первых месяцев после операции отмечается тенденция к улучшению насосной функции сердца у всех пациентов. Дальнейшая неоднородность динамики может быть связана как с различными компенсаторными возможностями сердца (при длительной эксплуатации ИЖС (свыше 6 месяцев) отмечается ухудшение эхокардиографических показателей), так и с этиологией СН. Несмотря на сопоставимые исходные эхокардиографические показатели сердца у пациентов с ДКМП и ИКМП, дальнейшая их динамика в позднем послеоперационном периоде существенно различается: в течение первых 3-х месяцев наблюдается увеличение ФВ, а также снижение КДР, КДО, КСО независимо от этиологии СН. Позднее (через 6 месяцев) положительные изменения данных УЗИ сердца отмечаются только у пациентов с ДКМП, в то время как у пациентов с ИКМП очевидно ухудшение насосной функции сердца. Таким образом, прогноз у больных с ДКМП более благоприятный, чем у пациентов с ИКМП.

Логичным подтверждением положительной динамики Эхо-КГ показателей работы сердца является снижение ФК СН после операции (с исходного 3–4 класса до 1–2 в течение 6 месяцев).

Общая смертность – 4 пациента (25%), причем, всем этим больным были имплантированы BiVAD-системы. Основными причинами смерти явились: ОНМК – 2 пациента, ПОН – 2. Трансплантация сердца произведена 8 пациентам (50%).

Средняя продолжительность эксплуатации ИЖС – 207,5 (± 64) дней; из числа завершивших эксплуатацию (12 пациентов) – 216 (15–620 суток) дней.

Общая продолжительность функционирования ИЖС составила 3325 суток (более 9 лет), в том числе LVAD – 2215,

BiVAD – 1110 суток).

Выводы:

1. Выбор типа обхода определяется клиническим состоянием пациента, в частности, выраженностью правожелудочковой недостаточности (у пациентов с имплантированными BiVAD и LVAD-системами фракция выброса ПЖ исходно составляла $24,9 \pm 2,8\%$ и $33,6 \pm 2,7\%$, соответственно); а также биохимическими показателями крови (дооперационный уровень общего билирубина при левожелудочковом обходе составлял $24,7$ мкмоль/л, при бивентрикулярном – 49 мкмоль/л; а СКФ – $0,87$ мл/с/ $1,73$ м² в первом случае и $0,46$ мл/с/ $1,73$ м² во втором), что подтверждено при статистической обработке.

2. Эффективность использования ИЖС подтверждается тенденцией к улучшению насосной функции сердца (регистрируемой с помощью трансторакальной эхокардиографии) как у пациентов с LVAD, так и у пациентов с BiVAD-системами.

3. Эффективность использования VAD-систем приближается к таковой при трансплантации сердца: кумулятивная выживаемость составляет $0,71$ (при пересадке сердца – $0,82$). Это свидетельствует о перспективности использования различных способов МПК.

Литературные ссылки

1. Шумаков, В.И. Искусственное сердце. – М., 2003. – С. 216–296.
2. The next decade in mechanical assist: advances that will help the patient and the doctor Pavan Atluri, Michael A. Acker and Mariell Jessup, Current Opinion in Cardiology 2011, 26:256–260.
3. Current State of Ventricular Assist Devices, Marco Caccamo & Peter Eckman & Ranjit John, Curr Heart Fail Rep (2011) 8:91–98.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Петрашевич И.С., Кудаш М.И.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В структуре общей смертности населения Республики Беларусь лидирующую позицию занимают болезни сердечно-сосудистой системы (53,8%), новообразования (13,4%) и внешние причины (10,3%).

Практически для всех нозологических форм заболеваний сердца финишной прямой является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), проблема которой носит глобальный социально-экономический характер. До 9% всех случаев ХСН составляет ДКМП [1]. В РБ количество выявленных больных ДКМП составляет 1,34 на 100 тыс. чел. Прогноз данного заболевания весьма серьезен. Как правило, наступает прогрессирующее ухудшение желудочковых функций и, как следствие этого, смерть от недостаточности насосной функции или нарушений ритма. В первые пять лет заболевания умирает до 70% больных. В терминальной стадии ДКМП оптимальным способом лечения является хирургическое лечение. Но выбор применяемой методики (пластика/протезирование митрального клапана, кардиоресинхронизирующая терапия либо их сочетание) не имеет определенных клинико-лабораторных критериев [2].

Цель: провести сравнительный анализ используемых методик хирургического лечения (сочетанное либо изолированное применение коррекций функциональной недостаточности митрального клапана и кардиоресинхронизирующей терапии) у пациентов с ДКМП.

Задачи:

- 1) клинико-гемодинамическая оценка непосредственных результатов коррекции митральной недостаточности (пластика МК, протезирование МК);
- 2) проанализировать эффективность кардиоресинхронизирующей терапии в раннем послеоперационном периоде;
- 3) оценить результаты применяемых методик в позднем послеоперационном периоде;
- 4) провести сравнительный анализ используемых способов

хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 170 пациентов, прооперированных в РНПЦ «Кардиология» с 2002 по 2011 г. Методом исследования является проспективный анализ базы данных, спектра выполненных операций с учетом проведенных исследований (ЭКГ, эхокардиография и т.д.), статистическая обработка данных посредством SPSS Statistics 15.0.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 44,5 года, соотношение мужчин и женщин – 9:1. Было выполнено 170 операций по коррекции ДКМП, из них: изолированная коррекция недостаточности митрального клапана (94; 55,3%); кардиоресинхронизирующая терапия (КРТ) (28; 16,5%); коррекция недостаточности МК в сочетании с КРТ (24; 14,1%); другие вмешательства (24; 14,1%).

Таблица – Исходные УЗИ-показатели левого желудочка (ЛЖ)

Показатель	МК+КРТ	КРТ	МК	Р
КДР, мм	76	74	71	0,17
КСР, мм	66	66	63	0,5
ФВ, %	28	25	29	0,22
КДО, мл	317	311	271	0,02
КСО, мл	244	239	204	0,03

Таким образом, наблюдается статистически достоверная разница между исходными показателями КДО и КСО.

В послеоперационном периоде наблюдается достоверное улучшение насосной функции сердца, что подтверждается снижением КДО, КСО и увеличением ФВ. Одногодичная выживаемость $85 \pm 0,04\%$, 4-летняя $39 \pm 0,08\%$.

Выводы:

1. В настоящее время отсутствуют однозначные критерии для выбора тактики хирургического лечения ДКМП.

2. Наличие электрической диссинхронии (БЛНПГ) является необходимым, но не достаточным предиктором тактики хирургического ведения пациентов с ДКМП.

3. Наблюдается статистически достоверное ($p < 0,001$) снижение уровня митральной регургитации при изолированной коррекции митральной недостаточности, а также при сочетании с КРТ.

4. Госпитальная летальность составила 2,7% (4 пациента):

статистически значимой разницы в уровнях госпитальной летальности между видами вмешательства при коррекции митральной недостаточности не отмечается. Госпитальная летальность при изолированной КРТ равна 0.

5. Годичная выживаемость после хирургического лечения составила 85%, в то время как при медикаментозной терапии не превышает 45%.

6. Вид коррекции митральной недостаточности (пластика/протезирование) достоверно не влияет ($p=0,145$) на выживаемость в отдаленном периоде.

7. Тяжесть ХСН по ФК NYHA статистически однозначно (long-rank test $p=0,001$) является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении выживаемости в отдаленном периоде, что обуславливает необходимость своевременного хирургического вмешательства.

Литературные ссылки

1. Герцен, М.А. Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиологические аспекты / М.А. Герцен, И.Д. Козлов // Медицина. – 2004. – № 4. – С. 107–109.

2. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis / J.G. Cleland [et al.] // Eur Heart J. – 2003. – № 24(5). – P. 442–463.

СТРУКТУРА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Пучинская М. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Несмотря на высокую частоту опухолей надпочечников (ОН), первичные злокачественные их поражения встречаются достаточно редко. Они могут развиваться как в корковом (адренокортикальный рак – АКР) [1, 2, 3], так и в мозговом (злокачественная феохромоцитома – ЗФХЦ) веществе надпочеч-

ников. Злокачественные ОН имеют плохой прогноз из-за частого рецидивирования и метастазирования. Вследствие отсутствия патогномоничных симптомов ОН часто выявляются на поздних стадиях даже при применении современных методов медицинской визуализации, что делает затруднительным проведение радикального лечения [4]. Показано, что наилучшие результаты дает полное удаление (R0) опухоли. «Золотым стандартом» в лечении злокачественных ОН остаются открытые операции, однако в настоящее время активно изучается возможность малоинвазивных вмешательств при данной патологии [5]. В связи с этим мы считаем интересным представить опыт лечения злокачественных ОН в специализированном онкологическом учреждении.

Цель исследования. Проанализировать структуру оперативных вмешательств, выполнявшихся по поводу злокачественных ОН в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД).

Материалы и методы. При автоматизированном поиске в базе данных пациентов МГКОД были получены сведения о 24 пациентах с АКР и 15 пациентах с ЗФХЦ, проходивших стационарное лечение в 2001–2011 годах. В последующем были ретроспективно проанализированы данные амбулаторных карт этих пациентов. Статистическая обработка данных проводилась с применением методов описательной статистики.

Результаты. Медиана возраста пациентов на момент выявления заболевания составила 55 (от 44 до 61) лет. Распределение случаев по стадиям заболевания было следующим: I стадия установлена у 8 (20,51%) пациентов, II – у 13 (33,33%), III – у 4 (10,26%) и IV – у 10 (25,64%), в 4 (10,26%) случаях стадия не была установлена. Таким образом, в четверти случаев на момент выявления заболевания у пациента уже имелись отдаленные метастазы, из-за чего радикальное лечение было невозможно.

В связи с большой распространенностью опухолевого процесса и наличием отдаленных метастазов, 10 (25,64%) пациентам хирургическое лечение не проводилось. В остальных 29 (74,36%) случаях пациентам в качестве первого этапа лечения выполнялись различные виды оперативных вмешательств в зависимости от размеров опухоли и вовлечения в опухолевый процесс прилежащих органов и структур.

Операция в объеме адреналэктомии выполнена у 18 (46,15%)

пациентов, нефрадреналэктомии – у 6 (15,38%), комбинированные вмешательства с резекцией прилежащих органов были выполнены в 2 (5,13%) случаях. 3 (7,69%) пациентам проводились другие виды противоопухолевого лечения.

Заключение. Таким образом, наиболее частым хирургическим вмешательством у пациентов со злокачественными ОН была адреналэктомия – минимально возможный объем операции при опухолях этого органа. Тем не менее, отсутствие возможности выполнить радикальное вмешательство у четверти пациентов свидетельствует об актуальности разработки методов более раннего выявления этой патологии.

Литературные ссылки

1. Zini L., Porpiglia F., Fassnacht M. Contemporary management of adrenocortical carcinoma // Eur Urol. – 2011. – Vol. 60(5). – P. 1055–1065.
2. Fassnacht M, Allolio B. Clinical management of adrenocortical carcinoma // Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. – 2009. – Vol. 23(2). – P. 273 – 289.
3. Management of adrenocortical carcinoma // B. Allolio, S. Hahner, D. Weismann, M. Fassnacht // Clin Endocrinol (Oxf). – 2004. – Vol. 60(3). – P. 273 – 287.
4. The optimal imaging of adrenal tumors: a comparison of different methods. / Ilias I., Sahdev A., Reznick R. H. et al. // Endocr Relat Cancer. – 2007. – Vol.14. – P. 587–599.
5. Laparoscopic Surgery for Malignant Adrenal Tumors / Zografos G.N., Vasiliadis G., Farfaras A. N. et al. // J Society Laparoendoscopic Surgeons. – 2009. – Vol. 13(2). – P. 196–202.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Пучинская М. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Рак желчного пузыря (РЖП) встречается относительно редко. Тем не менее, в структуре опухолей органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) он занимает 3-е место [1]. Одной из наиболее актуальных проблем является поиск путей

ранней диагностики РЖП, так как обычно заболевание выявляется при местно-распространенном процессе или при наличии отдаленных метастазов или канцероматоза [2]. В определенной степени это связано с расположением желчного пузыря вне основных путей оттока желчи и длительным отсутствием механической желтухи или болевого синдрома при данной патологии. РЖП зачастую выявляется случайно или даже интраоперационно. В связи с поздним выявлением ограничены возможности радикального лечения РЖП, так как единственным таким методом является хирургический. РЖП мало чувствителен к лучевой и химиотерапии [3, 4, 5].

Во многих случаях пациенты с РЖП госпитализируются в хирургические стационары по месту жительства в связи с подозрением на хирургическую патологию или (реже) развитием осложнений заболевания, поэтому необходимо знание этой патологии врачами общехирургических стационаров для своевременного распознавания РЖП и направления пациентов в онкологические учреждения. Координированные усилия хирургов и онкологов могут дать наилучшие результаты лечения пациентов с этим диагнозом.

Цель исследования. Оценить частоту выявления РЖП у пациентов отделения экстренной хирургии и определить диагнозы, выставленные пациентам с этим заболеванием на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. На базе 1-го хирургического (экстренного) отделения 10 городской клинической больницы Минска по Журналам регистрации пациентов был произведен поиск пациентов с заключительным клиническим диагнозом РЖП, проходивших лечение в 2007–2011 годах. Анализировались также истории болезни этих пациентов. Для статистической обработки применялись методы описательной статистики.

Результаты. За указанный период в отделение были госпитализированы 7 пациентов с РЖП, что составило 0,047% от всех пациентов отделения и 6,60% пациентов с опухолями органов БПДЗ, что подтверждает редкость этого заболевания. Средний возраст пациентов на момент выявления заболевания составил $72 \pm 11,7$ (от 54 до 83 лет) лет. Среди них отмечалось значительное преобладание женщин (соотношение мужчин и женщин 1:6).

На догоспитальном этапе пациентам с РЖП наиболее часто выставлялся диагноз желчнокаменной болезни (ЖКБ) – 3 из 7 случаев (42,86%), реже – острого или обострения хронического холецистита (2/7, 28,57%), 1 (14,29%) пациенту был выставлен диагноз механической желтухи и еще 1 (14,29%) – холедохоли-тиаза. Отметим, что только у последнего пациента при направле-нии в стационар в диагнозе отмечалось подозрение на РЖП.

Заключение. Таким образом, пациенты с РЖП в отделение экстренной хирургии госпитализировались чрезвычайно редко. Преимущественно это были женщины старше 70 лет. На догос-питальном этапе во всех случаях правильно был установлен ди-агноз поражения желчного пузыря или внепеченочных желчевы-водящих протоков, тем не менее, подозрение на опухолевую при-роду поражения было документировано лишь в 1 случае. Это свидетельствует о необходимости онкологической насторожен-ности у пациентов пожилого возраста, поступающих в хирурги-ческий стационар с патологией желчного пузыря и необходимо-сти применения у них комплекса диагностических исследований для исключения РЖП.

Литературные ссылки

1. Патютко, Ю.И., Котельников, А.Г., Абгарян, М.Г. Современное хирургическое и комбинированное лечение больных экзокринным ра-ком головки поджелудочной железы и органов периампулярной зоны // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 94–107.
2. Холангиоцеллюлярный рак (особенности диагностики и лече-ния) / Майстренко Н.А., Шейко С.Б., Алентьев А.В., Азимов Ф.Х. // Практическая онкология. – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 229–236.
3. Cholangiocarcinoma. A spectrum of Intrahepatic, Perihilar and Dis- tal Tumors. // Nakeeb A., Pitt H. A., Sohn T. A., Coleman J. // Ann Surg. – 1996. – Vol. 224. – P. 463–475.
4. Biliary tract cancers. // de Groen P. C., Gores G. J., LaRusso N. F. et al. // NEJM. – 1999. – Vol. 341. – P. 1368–1378.
5. Макаров, Е.С., Нечушкин, М.И. Современные возможности лу-чевого лечения рака органов билиопанкреатодуоденальной зоны // Практическая онкология. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 135–144.

СТРУКТУРА И РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Пучинская М. В.¹, Масанский И. Л.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»²,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Рак полового члена (РПЧ) является относительно редким онкоурологическим заболеванием. Заболеваемость им в развитых странах составляет примерно 1 на 100 000 населения [1, 2, 3]. К факторам риска развития РПЧ относят отсутствие циркумцизии, инфицирование вирусом папилломы человека, курение, хронические воспалительные заболевания полового члена (ПЧ) [4, 5].

Многие пациенты с РПЧ заинтересованы в проведении органосохраняющих операций, однако при этом не должна снижаться радикальность вмешательства. Органосохраняющее лечение возможно лишь при выявлении заболевания на ранних стадиях, поэтому весьма актуальной в настоящее время становится разработка методов ранней диагностики РПЧ и совершенствование подходов к его оперативному лечению.

Цель исследования. Оценить виды оперативных вмешательств по поводу РПЧ и их результаты в Минском городском клиническом онкологическом диспансере (МГКОД).

Материалы и методы. Были ретроспективно проанализированы данные амбулаторных карт 73 пациентов с РПЧ, проходивших лечение в МГКОД в 2000–2011 годах. Статистическая обработка данных выполнена с использованием методов описательной статистики.

Результаты. Средний возраст пациентов на момент установления диагноза составил $61,5 \pm 13,05$ лет (от 35 до 84 лет) лет. I стадия заболевания установлена в 32% случаев, II – в 29%, III – в 32% и IV – у 7% пациентов.

Оперативное лечение проводилось 62 (84,93%) пациентам. Структура вмешательств представлена в таблице.

Как видно, наиболее часто выполняемой операцией была резекция ПЧ (48,39%), в 35,48% случаев выполнялась его ампута-

ция. В связи с наличием метастазов в паховых лимфоузлах или подозрением на них вмешательство на ПЧ дополнялось операцией Дюкена (всего в 24,19% случаев). При этом, чем больше был объем вмешательства на ПЧ (что определялось большей распространенностью опухолевого процесса на момент выявления заболевания), тем чаще оно сопровождалось операцией Дюкена (20% при резекции, 27,27% при ампутации и 100% при эмаскуляции). 2 (3,24%) пациентам выполнялась также тазовая лимфодиссекция.

Таблица – Структура оперативных вмешательств по поводу РПЧ в МГКОД

	Без операции Дюкена	С операцией Дюкена	Всего
Циркумцизио	7	0	7
Резекция ПЧ	24	6	30
Ампутация ПЧ	16	6	22
Эмаскуляция	0	3	3
Итого	47	15	62

Послеоперационные осложнения возникли у 14 (22,58%) пациентов. В 8 случаях они отмечались у пациентов после операции Дюкена (53,33% пациентов после этой операции). Наиболее часто у пациентов развивались лимфостаз и лимфорея; стриктуры уретры, потребовавшие дополнительных вмешательств, развились у 4 (6,45%) пациентов.

Заключение. В исследованной нами группе пациентов выполнение органосохраняющих операций на ПЧ было возможно лишь у 59,68% всех прооперированных пациентов, что примерно соответствует доле пациентов, заболевание у которых выявлено в I–II стадиях (61%). В четверти случаев выполнялась также операция Дюкена, сопровождающаяся достаточно высоким уровнем послеоперационных осложнений. Это свидетельствует о необходимости более раннего выявления РПЧ для проведения в последующем радикальных органосохраняющих вмешательств, дающих хороший косметический и функциональный результат, что позволит повысить качество жизни пациентов.

Литературные ссылки

1. European Association of Urology Guidelines on Penile Cancer. / Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. // Eur Urol. – 2004. – Vol. 46. – P. 1–8.
2. Lawindy S. M., Rodriguez A. R., Horenblas S., Spiess P. E. Current and Future Strategies in the Diagnosis and Management of Penile Cancer. // Adv Urol. – 2011. – Vol.
3. Epidemiology and natural history of penile cancer. / Pow-Sang M. R., Ferreira U., Pow-sang J. M. et al. // urology. – 2010. – Vol. 76 (2 Suppl. 1). – S2 – S6.
4. Penile cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. / Bleeker M. C., Heideman D. A., Snijders P. J. et al. // World J Urol. – 2009. – Vol. 27(2). – P. 141 – 150.
5. Minhas S., Manseck A., Watva S., Hegarty P. K. Penile cancer – prevention and premalignant conditions. // Urology. – 2010. – Vol. 76 (2 Suppl. 1). – S24 – S35.

ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. После признания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в качестве самостоятельной нозологической единицы, закрепленной на IV Европейской гастроэнтерологической неделе в г. Берлине в 1995 г., начато активное изучение и разработка методов консервативного и оперативного лечения данной патологии [4]. При ГЭРБ, в основе которой лежит различная патология пищеводно-желудочного перехода (ПЖП), ведущая к нарушению замыкательной функции кардии, применение лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы, прокинетиков и др.) носит симптоматический характер [1, 2]. Внедрение малоинвазивных хирургических методов лечения в абдоминальную хирургию с использованием лапароскопических технологий привело

к широкому распространению за рубежом лапароскопического метода лечения ГЭРБ [3, 4]. Наиболее часто для этого используют фундопликации по Ниссену, Тоупе и Дору. Однако значительное число осложнений и неудовлетворительных результатов охладило пыл больных и хирургов к этим операциям. Необходимость коррекции кардии у больных ГЭРБ и отсутствие удовлетворительного метода для этой цели, особенно в случае недостаточности кардии, халазии и небольших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), побудили нас к разработке собственных методик. Одним из основных способов экспертной оценки методов лечения больных, который широко используется в хирургии, является изучение ближайших и отдаленных результатов.

Цель исследования. Дать описание и оценку предложенным нами методам коррекции патологии пищевода-желудочного перехода у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с позиции ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты комплексного обследования 364 больных до и после операции в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Чаще всего ГЭРБ была как сопутствующая патология при другой хирургической патологии, требующей оперативного лечения. 295 больных, оперированных по поводу ЯБДК, 53 – калькулезного холецистита (КХ), 15 – нарушения дуоденальной проходимости (НДП) и 49 – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). У больных ЯБДК, КХ и НДП корригирующая операция на кардии выполнялась как симультанная, ГПОД – основная. Для коррекции ППЖП мы разработали и применили в клинике 3 варианта фундоэзофагокрурографии.

I вариант. Его выполняли следующим способом: двумя узловыми швами из нерассасывающегося шовного материала, начиная от кардии кверху, захватывали переднюю стенку фундального отдела желудка, переднебоковую стенку пищевода справа и фиксировали к правой ножке диафрагмы, причем в шов захватывали рассеченную по ходу ревизии пищевода-диафрагмальную связку. Третьим швом дно желудка фиксировали к переднему краю пищеводного отверстия и швы завязывали. В процессе операции следили, чтобы стволы блуждающих нервов не были случайно вовлечены в зону пластики.

I вариант применяли для лечения недостаточности и халазии кардии.

II вариант. Особенностью второго варианта ФЭКР являлось то, что мы дополняли ее задней хиатопластикой. Показанием к хиатопластике служили расширение пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД) и увеличение расстояния между диафрагмальными ножками более 3 см. В этом случае на диафрагмальные ножки накладывали 2–3 шва из нерассасывающегося шовного материала. Количество швов зависело от размера ПОД и длины ножек. Дальнейшие этапы были типичными для ФЭКР.

III вариант. В этом варианте операции мы также выполняли заднюю хиатопластику, но нити не срезали, а использовали их для формирования ФЭКР. При этом вначале брали правую переднебоковую стенку пищевода, а затем фундальный отдел желудка и лигатуры завязывали. Дополнительно накладывали еще 2 шва: одним швом выше предыдущих захватывали фундус, пищевод и правую ножку диафрагмы, вторым фиксировали фундус к верхнему краю ПОД.

II и III варианты мы использовали при наличии малых и средних размеров грыж ПОД.

При грыжах ПОД отдавали предпочтение фундопликации по Ниссену. В настоящее время все операции по поводу ГЭРБ в клинике выполняются лапароскопически (48 набл.).

I вариант ФЭКР применен у 238, II – у 56, III – у 25, фундопликация по Ниссену – у 45 больных. У 147 была недостаточность кардии (НК), у 84 – халазия кардии (ХК) и у 133 – ГПОД.

Для обследования больных в до- и послеоперационном периоде использовали клинический, рентгенологический, эндоскопический, рН-метрический методы исследования и шкала оценки состояния здоровья по Visik.

Результаты и обсуждение. При изучении ближайших и отдаленных результатов клинические симптомы ГЭРБ исчезли у подавляющего большинства больных. Лишь в 10,9% больных отмечались те или иные жалобы, характерные для ГЭРБ. У 13 больных наблюдалась дисфагия, которая была характерна для фундопликации по Ниссену. У всех этих больных жалобы исчезли после консервативного лечения. Отдаленные результаты у 115 больных.

Отдаленные результаты от 1 до 7 лет изучены у 115 больных. У 110 (95,7%) из 115 обследованных больных были получены отличные и хорошие отдаленные результаты. У них отсутствовали жалобы, характерные для ГЭРБ, барьерная функция кардии во всех случаях была состоятельной, о чем свидетельствовали данные рН-метрии, эндоскопии и рентгенологического исследования. Лишь у 5 (4,3%) отмечен РЭ легкой степени. У всех этих пациентов до операции имела место ГПОД средних размеров. Они были оперированы на ранней стадии исследования, когда мы применяли для лечения ГЭРБ только базисную методику ФЭКР. Эти и ряд других данных послужили толчком к разработке еще 2-х вариантов ФЭКР, о которых речь шла выше и которые мы в последующем с успехом применяли при малых и средних грыжах ПОД, а в ряде случаев и при больших грыжах, когда имелись технические трудности или анатомические особенности, препятствующие достижению хорошего результата в послеоперационном периоде в случае использования фундопликации по Ниссену.

Выводы:

1. Разработанные нами 3 варианта ФЭКР, используемые для устранения ППЖП, сопровождающейся ГЭРБ, позволяют устранить основные патогенетические звенья данной патологии и обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны. Она, на наш взгляд, предпочтительна при недостаточности и халазии кардии, ГПОД небольших и средних размеров. При грыжах ПОД больших размеров показана фундопликация по Ниссену.

2. ГЭРБ довольно часто встречается у больных ЯБДК, КХ, НДП и ГПОД, подлежащих оперативному лечению. В связи с чем эти пациенты должны целенаправленно обследоваться на предмет выявления данной патологии с целью ее устранения по ходу оперативного вмешательства, прибегнув к симультанной операции.

3. Дифференцированный подход к выбору способа оперативного вмешательства при ГЭРБ позволяет достичь в большинстве случаев хорошего и отличного результата в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3%. Послеоперационная летальность отсутствовала.

Литературные ссылки

1. Левин, М.Д., Троян, В.В. Патофизиология пищеводно-желудочного перехода при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Грыжи пищевода и диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь / Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Мн., – 2008. – С. 39–42.
2. Лобанков, В.М. ГЭРБ – к вопросу о реальной значимости проблемы. Грыжи пищевода и диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь / Материалы Республиканской научно-практической конференции. – Мн., – 2008. – С. 43–45.
3. Место лапароскопической хирургии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / В.А. Кубышкин, В.Д. Федорв и др. // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 4–7.
4. Janssens J / Update on pathophysiology and management of GERD. – Berlin, 1995. – 135 p.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОГО ИНВАГИНАЦИОННОГО КОМПРЕССИОННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

Салмин Р.М.¹, Жук И.Г.², Салмина А.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Гродненский областной исполнительный комитет²,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»³,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Несостоятельность кишечного шва является одной из нерешенных к настоящему моменту проблем как в экстренной, так и плановой хирургии кишечника. Частота несостоятельности кишечных швов варьирует от 0,3 до 18,7%, а в условиях перитонита достигает 34,2% [1, 2, 3].

По мнению ряда исследователей, препарат «ТахоКомб» усиливает механическую прочность, ускоряет репаративные процессы и тем самым способен существенно снизить частоту несостоятельности кишечных швов и анастомозов [4].

Некоторые авторы указывают на наибольшую перспектив-

ность компрессионных методов, которые позволяют существенно ускорить и упростить процесс формирования межкишечного анастомоза, а также достичь наиболее низкой частоты инфекционных осложнений [5]. Однако широкому внедрению устройств для компрессионных анастомозов препятствует их высокая стоимость, что подталкивает к поиску новых простых и дешевых способов. Поэтому данное исследование является актуальным для современной медицины.

Цель исследования. Исследовать в сравнительном аспекте динамику количественных показателей клеточной инфильтрации, капиллярного русла, соединительнотканного компонента и механической прочности толстокишечных анастомозов, укрепленных губкой «ТахоКомб» и компрессионных инвагинационных, сформированных с помощью коллагеновых колец.

Материалы и методы. Исследование выполняли на 72 белых беспородных крысах-самцах. В контрольной группе выполнялось пересечение восходящей ободочной кишки с последующим формированием анастомоза по типу «конец в конец» однорядным швом Пирогова–Матешука. В одной опытной группе такой же толстокишечный анастомоз дополнительно укрывался губкой «ТахоКомб», в другой – формировался по бесшовной технологии с помощью коллагеновых колец.

Животные в каждой группе выводились из эксперимента на 3, 7, 14, 30 сутки после операции.

Механическая прочность соустья определялась методом пневмогидропрессии, путем измерения максимального давления в мм рт. ст., при котором нарушалась герметичность анастомоза.

Зона соустья бралась на гистологическое исследование с последующей окраской препаратов гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Препараты были оцифрованы с использованием светового микроскопа «AxioStar» под объективом 40 и фотокамеры «Cannon A620» с разрешением 1600 на 1200 пикселей.

С помощью свободно распространяемого программного обеспечения «mashacv» и «photom131» осуществлялся подсчет площадей в пикселях клеточных ядер, просвета сосудов и соединительной ткани. Затем рассчитывали среднюю величину соответствующего показателя в процентах по отношению ко всей ис-

следуемой площади среза данного препарата (или плотность показателя).

Для сравнения выборок применялись непараметрические методы статистики. В качестве характеристики рассчитывалась медиана (М). Для установления достоверного различия между группами рассчитывали критерий Крускала–Уоллиса (H), а для множественного сравнения – непараметрический вариант критерия Ньюмена–Кейлса (q). Различия признавались достоверными, если H-критерий и q-критерий соответствовали уровням значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе данных во всех группах на протяжении эксперимента доли площадей клеточных ядер и соединительнотканых волокон монотонно снижались и возрастали, соответственно, к 30 суткам ($p \leq 0,05$), а площади сосудов формировали максимум на 7 сутки после операции и затем монотонно снижались к 30 суткам ($p \leq 0,05$). Максимальные давления, при которых анастомозы оставались герметичными, монотонно возрастали к 30 суткам эксперимента во всех группах ($p \leq 0,05$).

При множественном сравнении на 3 и 7 сутки эксперимента анастомозы, сформированные по бесшовной технологии, с использованием коллагеновых колец, достоверно обладали наименьшими долями ядерной и сосудистой плотностей, а также наибольшими показателями плотности соединительнотканного компонента и механической прочности. На 14 и 30 сутки эти группы по данным показателям существенно друг от друга не отличались.

Заключение. Новый инвагинационный компрессионный анастомоз, сформированный с использованием коллагеновых колец, на ранних сроках в большей степени, чем губка «ТахоКомб», способствует снижению клеточной инфильтрации, отека и ускоряет образование и созревание грануляционной ткани в зоне толстокишечного анастомоза.

Литературные ссылки

1. Агаев, Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // Хирургия. – 2012. – № 1. – С. 34–37.
2. Воленко, А.В. О повышении надежности кишечного шва / А.В. Воленко [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 2. – С. 47–51.

3. Сысоев, С.В. Усовершенствованный однорядный шов в хирургии тонкой и толстой кишки / С.В. Сысоев, Б.Б. Капустин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – № 6. – С. 61–63.

4. Шуркалин, Б.К. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «Тахо-Комб» / Б.К. Шуркалин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/224/3259/>. – Дата доступа: 12.06.2012.

5. Каншин, Н.Н. Компрессионные межкишечные круговые анастомозы у собак / Н.Н. Каншин [и др.] // Московский ветеринарный веб-центр [Электронный ресурс]. – 2012. – Режим доступа: <http://webmvc.com/show/show.php?sec=16&art=21>. – Дата доступа: 06.06.2012.

ДИНАМИКА МИКРОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗОНАХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ, УКРЕПЛЕННЫХ САЛФЕТКОЙ «ОКСИЦЕЛАНИМ» В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ С ГУБКой «ТАХОКОМБ»

Салмин Р.М.¹, Жук И.Г.², Салмина А.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Гродненский областной исполнительный комитет²,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»³,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. По данным литературы количество urgentных оперативных вмешательств, выполняемых на толстой кишке, продолжает возрастать. Наиболее частым показанием при этом является колоректальный рак, заболеваемость которым вышла на первое место среди злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Послеоперационные осложнения при данной патологии развиваются в 38–80%, из них несостоятельность кишечных швов составляет 69% [3], а летальность достигает 81% [2].

В последнее время появились публикации о внутрибрюшном имплантационном применении дешевого отечественного препа-

рата «Оксицеланим» для профилактики развития послеоперационных инфекционных осложнений [4], который может оказаться хорошим средством профилактики несостоятельности толстокишечного шва. Это позволит снизить частоту инфекционных осложнений и материальные затраты на лечение пациентов после операций на толстой кишке, что, очевидно, является наиболее актуальным вопросом любой медицинской практики.

Цель исследования. Исследовать в сравнительном аспекте динамику количественных показателей клеточной инфильтрации, капиллярного русла, соединительнотканного компонента и механической прочности толстокишечных анастомозов, укрепленных губкой «ТахоКомб» и салфеткой «Оксицеланим».

Материалы и методы. Исследование выполняли на 72 белых беспородных крысах-самцах. В контрольной группе выполнялось пересечение восходящей ободочной кишки с последующим формированием анастомоза по типу «конец в конец» однорядным швом Пирогова–Матешука. В двух опытных группах такой же толстокишечный анастомоз дополнительно укрывался губкой «ТахоКомб» или салфеткой «Оксицеланим».

Животные в каждой группе выводились из эксперимента на 3, 7, 14, 30 сутки после операции.

Механическая прочность соустья определялась методом пневмогидропрессии, путем измерения максимального давления в мм. рт. ст., при котором нарушалась герметичность анастомоза.

Зона соустья бралась на гистологическое исследование с последующей окраской препаратов гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Препараты были оцифрованы с использованием светового микроскопа «AxioStar» под объективом 40 и фотокамеры «Cannon A620» с разрешением 1600 на 1200 пикселей.

С помощью свободно распространяемого программного обеспечения «mashacv» и «photom131» осуществлялся подсчет площадей в пикселях клеточных ядер, просвета сосудов и соединительной ткани. Затем рассчитывали среднюю величину соответствующего показателя в процентах по отношению ко всей исследуемой площади среза данного препарата (или плотность показателя).

Для сравнения выборок применялись непараметрические ме-

тоды статистики. В качестве характеристики рассчитывалась медиана (М). Для установления достоверного отличия между группами рассчитывали критерий Крускала–Уоллиса (H), а для множественного сравнения – непараметрический вариант критерия Ньюмена–Кейлса (q). Различия признавались достоверными, если H-критерий и q-критерий соответствовали уровням значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе данных во всех группах на протяжении эксперимента доли площадей клеточных ядер и соединительнотканых волокон монотонно снижались и возрастали, соответственно, к 30 суткам ($p \leq 0,05$), а площади сосудов формировались максимум на 7 сутки после операции и затем монотонно снижались к 30 суткам ($p \leq 0,05$). Максимальные давления, при которых анастомозы оставались герметичными, монотонно возрастали к 30 суткам эксперимента во всех группах ($p \leq 0,05$).

При множественном сравнении на 3 сутки эксперимента анастомозы, укрепленные салфеткой «Оксицеланим», достоверно обладали наименьшими долями ядерной и сосудистой плотностей, а также наибольшими показателями плотности соединительнотканного компонента и механической прочности. На 7, 14 и 30 сутки эксперимента анастомозы в группах с «Оксицеланимом» и «Тахокомбом» по данным показателям существенно не различались.

Заключение. Салфетка «Оксицеланим» на ранних сроках в большей степени, чем губка «ТахоКомб», способствует снижению клеточной инфильтрации и отека в зоне толстокишечного анастомоза.

Литературные ссылки

1. Манихас, Г.М. Современные подходы к лечению рака толстой кишки / Г.М. Манихас, М.Д. Ханевич, М.Х. Фридман // Вестник Российской Военно-медицинской академии. Приложение. – 2008. – № 4 (24). – С. 136.

2. Мартынов, В.Л. Обоснование применения нового межкишечного компрессионного анастомоза / В.Л. Мартынов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий [Электронный ресурс]. – 2012. – № 1. – Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/3570.pdf>. – Дата доступа: 06.06.2012.

3. Маскин, С.С. Тактические принципы хирургии непроходимости

сти толстой кишки / С.С. Маскин, А.М. Карсанов, Я.В. Надельнюк, З.М. Шамаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. – № 4. – С. 115–116.

4. Ковальчук, М.В. Применение препарата Оксицеланим для внутрибрюшной имплантации во время гнойных гинекологических операций / М.В. Ковальчук, Г.П. Хатько, В.К. Егорова // Рецепт: научно-практический журнал для фармацевтов и врачей. – 2006. – № 1. – С. 105–110.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ, УКРЕПЛЕННЫХ ГУБКой «ТАХОКОМБ» И ЛАТЕКСНЫМ ТКАНЕВЫМ КЛЕЕМ

Салмин Р.М.¹, Жук И.Г.², Салмина А.В.³

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
Гродненский областной исполнительный комитет²,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»³,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Несостоятельность кишечного шва является одним из наиболее опасных осложнений как в экстренной, так и плановой хирургии кишечника. Частота несостоятельности кишечных швов варьирует от 0,3 до 18,7%, а в условиях перитонита достигает 34,2%. При операциях на кишечнике в условиях неотложной хирургии летальность остается на уровне 13,2–34,6%, а в структуре послеоперационной летальности несостоятельность кишечного шва достигает 7,7–22,6% [1, 2, 3].

По мнению ряда исследователей, губка «ТахоКомб» и латексный тканевой клей (ЛТК) способствуют снижению частоты несостоятельности толстокишечных анастомозов, при этом данные препараты просты в использовании и имеют сравнительно невысокую стоимость [4, 5]. Однако данные по применению губки «ТахоКомб» и ЛТК для защиты кишечного шва разрознены и отсутствуют исследования, сравнивающие их между собой по эффективности, что делает данное исследование актуальным для

современной хирургической практики.

Цель исследования. Исследовать в сравнительном аспекте динамику количественных показателей клеточной инфильтрации, капиллярного русла, соединительнотканного компонента и механической прочности толстокишечных анастомозов, укрепленных губкой «ТахоКомб» и ЛТК.

Материалы и методы. Исследование выполняли на 72 белых беспородных крысах-самцах. В контрольной группе выполнялось пересечение восходящей ободочной кишки с последующим формированием анастомоза по типу «конец в конец» однорядным швом Пирогова–Матешука. В двух опытных группах такой же толстокишечный анастомоз дополнительно укрывался губкой «ТахоКомб» или ЛТК.

Животные в каждой группе выводились из эксперимента на 3, 7, 14, 30 сутки после операции.

Механическая прочность соустья определялась методом пневмогидропрессии, путем измерения максимального давления в мм рт.ст., при котором нарушалась герметичность анастомоза.

Зона соустья бралась на гистологическое исследование с последующей окраской препаратов гематоксилином и эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону. Препараты были оцифрованы с использованием светового микроскопа «AxioStar» под объективом 40 и фотокамеры «Cannon A620» с разрешением 1600 на 1200 пикселей.

С помощью свободно распространяемого программного обеспечения «mashacv» и «photom131» осуществлялся подсчет площадей в пикселях клеточных ядер, просвета сосудов и соединительной ткани. Затем рассчитывали среднюю величину соответствующего показателя в процентах по отношению ко всей исследуемой площади среза данного препарата (или плотность показателя).

Для сравнения выборок применялись непараметрические методы статистики. В качестве характеристики рассчитывалась медиана (М). Для установления достоверного различия между группами рассчитывали критерий Крускала–Уоллиса (H), а для множественного сравнения – непараметрический вариант критерия Ньюмена–Кейлса (q). Различия признавались достоверными, если H-критерий и q-критерий соответствовали уровням значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. При анализе данных во всех группах на протя-

жении эксперимента доли площадей клеточных ядер и соединительнотканых волокон монотонно снижались и возрастали, соответственно, к 30 суткам ($p \leq 0,05$), а площади сосудов формировались максимум на 7 сутки после операции и затем монотонно снижались к 30 суткам ($p \leq 0,05$). Максимальные давления, при которых анастомозы оставались герметичными, монотонно возрастали к 30 суткам эксперимента во всех группах ($p \leq 0,05$).

При множественном сравнении на 3, 7, 14 сутки эксперимента анастомозы, укрепленные «ТахоКомбом» достоверно обладали наименьшими долями ядерной и сосудистой плотностей, а также характеризовались наибольшими показателями плотности соединительнотканного компонента и механической прочности. К 30 суткам эксперимента анастомозы в контрольной группе характеризовались наибольшей плотностью соединительнотканного компонента и наименьшей прочностью, а достоверных различий в других показателях выявлено не было.

Заключение. Губка «ТахоКомб» в большей степени, чем ЛТК, способствует снижению клеточной инфильтрации, отека и ускоряет образование и созревание грануляционной ткани в зоне толстокишечного анастомоза.

Литературные ссылки

1. Агаев, Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // Хирургия. – 2012. – № 1. – С.34–37.

2. Воленко, А.В. О повышении надежности кишечного шва / А.В. Воленко [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 2. – С.47–51.

3. Сысоев, С.В. Усовершенствованный однорядный шов в хирургии тонкой и толстой кишки / С.В. Сысоев, Б.Б. Капустин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – № 6. – С.61–63.

4. Шуркалин, Б.К. Возможности, результаты и перспективы укрепления кишечных швов фибрин-коллагеновой субстанцией «ТахоКомб» / Б.К. Шуркалин [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/detail/224/3259/>. – Дата доступа: 12.06.2012.

5. Попов, В.А. Латексный тканевый клей и его применение в хирургии / В.А. Попов, Н.В. Сиротинкин, В.А. Головаченко // Полимеры и медицина. – 2006. – т. 1, № 2. – С. 25–26.

ВОЗМОЖНОСТИ УЗИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Степанюк А.А.¹, Завада Н.В.²

УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи»¹,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»²,
Могилев, Минск, Республика Беларусь

По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society), послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. По поводу спаечной болезни ежегодно в хирургических отделениях лечится 1% прооперированных ранее больных, у 50% из которых развивается острая кишечная непроходимость с послеоперационной летальностью от 10 до 15 % [1, 2].

Открытая лапаротомия и адгезиолизис с устранением кишечной непроходимости долгое время были основным методом оперативного вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН). Но они не предотвращали последующее развитие спаечного процесса в брюшной полости [3].

Лапароскопический доступ с его минимальной травматизацией мягких тканей создает условия для образования меньшего количества, по сравнению с открытыми операциями, спаек в брюшной полости. Он более косметичен и менее травматичен для пациента [4].

Сложным вопросом остается установление до операции распространенности спаечного процесса в брюшной полости и выбор метода хирургического лечения пациентов с данной патологией [5].

Долгое время основным в диагностике острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН) являлась обзорная рентгенография органов брюшной полости [6]. Однако её диагностическая достоверность при данной патологии не превышает 67–82% [7]. При этом основной недостаток – высокая рентгеннагрузка на пациента и невозможность оценить распространенность

спаечного процесса в брюшной полости.

В последнее время большое внимание в диагностике непроходимости тонкой кишки уделяется ультразвуковому исследованию (УЗИ), как простому, безопасному [8]. Однако данный метод не получил широкого практического применения ввиду отсутствия адекватной ультразвуковой семиотики кишечной непроходимости и возможности использования ультразвукового исследования при выборе метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН.

Цель исследования: изучить возможности УЗИ в выборе метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН.

Материалы и методы. За период с января 2011 по сентябрь 2012 года в УЗ «Могилевская городская больница скорой медицинской помощи» было оперировано 42 пациента по поводу ОСТКН. Из них женщин – 24 (57,2%), мужчин – 18 (42,8%). При выборе метода хирургического лечения у 22 (52,3%) пациентов мы использовали обзорную рентгенографию органов брюшной полости с пассажем бария по кишечнику и у 20 (47,7%) пациентов – ультразвуковой метод. При УЗИ использовался датчик с частотой 3,5 МГц. При помощи данного метода определялось наличие сращений между петлями кишечника и большого сальника, а также наличие спаечного процесса между петлями тонкой кишки и передней брюшной стенкой.

Результаты. При использовании рентгенологического метода нам не удалось оценить распространенность спаечного процесса в брюшной полости. По этому, 20 (47,6%) пациентов оперированы открытым методом и 2 (4,8%) пациентам потребовался переход на лапаротомию.

В группе пациентов, которым проводилась УЗИ, 6 (14,3%) пациентов оперированы лапароскопически и 14 (33,3%) пациентам выполнена лапаротомия. У 3 (15%) пациентов выявлен конгломерат, состоящий из петель тонкой кишки (оперированы открытым методом), у 2 (10%) пациентов – спайка, передавливающая кишку (оперированы лапароскопически), у 6 (30%) – спаечный процесс с областью послеоперационного рубца (из них 2 пациента оперированы лапароскопически). Данные УЗИ были подтверждены во время операции. Перехода на открытую лапаротомию данной группе не было.

Заключение. Использование ультразвукового метода позволило определить у 55% пациентов распространенность спаечного процесса в брюшной полости. Это способствовало выбору оптимального метода хирургического лечения пациентов с ОСТКН и избежать послеоперационных осложнений, перехода на лапаротомию.

Литературные ссылки

1. Воробьев, А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. – Волгоград: Гос.учреждение "Издатель". – 2001. – 240 с.
2. Liokakos T. et al. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. // Dig. surgery, 2001, -№ 18, – P. 260–273.
3. Багненко, С.Ф., Синенченко, Г.И., Чуприс В.Г. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 27–30.
4. Гушул, А.В., Михин, И.В., Бебуришвили А.Г. Лапароскопический адгезиолизис в лечении болевых форм спаечной болезни брюшной полости // Альманах Института хирургии им. Вишневского. – 2010. – Том 5. – № 1. – С. 10–11.
5. Dallemagne B. Small bowel obstruction and adhesiolysis // Laparoscopic surgery / New York: McGraw-Hill, 2003. – P.301–303.
6. Мойсеенко, А.И., Огородова, Л.М., Капилевич, Л.В. Оптимизация рентгенконтрастных методов диагностики острой спаечной кишечной непроходимости \\\ Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов – Томск: СибГМУ. – 2007. – 273 с.
7. Schein M. Early Postoperative Intestinal Obstruction // Current surgery. – 2002. – Vol. 53, № 3. – P.289–293.
8. Завада, Н.В., Шорох, Г.П. Хирургическая тактика при спаечной кишечной непроходимости. Материалы 12 съезда хирургов Республики Беларусь. В 2-х частях. Часть 1. – Минск, 2002. – С.116–117.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛОМ

Сушко А.А.¹, Можейко М.А.²

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность: В последние годы происходит изменение показаний к оперативному лечению туберкулёза применительно к срокам, видам и тактике до- и послеоперационного лечения пациентов.

Цель работы: оценка отдаленных результатов оперативного лечения больных по поводу туберкулом.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии Гродненской областной клинической больницы в период 2001–2011 гг. пролечено 47 пациентов по поводу туберкулом. 74,2% из них были мужчины, 25,8% – женщины. 73,8% больных были в возрасте 31–49 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических данных, бактериологического и рентгенологического исследований, УЗИ органов грудной клетки, а также компьютерной томографии. Программа обследования, как правило, заканчивалась трансторакальной биопсией патологических изменений в легких и проведением патогистологического исследования. Обычная тактика ведения пациентов с выявленными при рентгенологическом и КТ-исследованиях туберкуломами предполагает их хирургическое удаление.

ВАТС - хирургическое вмешательство по поводу туберкулом выполнено у всех 47 больных по модифицированному в клинике методу. После установления диагноза и 4-месячного противотуберкулезного лечения 38 больных переведены в отделение торакальной хирургии областной больницы из областной туберкулезной больницы. У 9 больных при невыполненном патогистологическом исследовании проведена ВАТС-резекция легочной ткани с туберкуломой с интраоперационным патогистологическим исследованием. По окончании хирургического лечения, в течение 3–4 дней, пациенты были направлены в туберкулезную больницу на противотуберкулезное лечение длительностью около 4–5 месяцев.

Результаты. В целом, среди больных, оперированных по поводу туберкулом, не выявлено рецидива болезни за 5 лет у 13,3%, за 10 лет – у 8,7%. Подтверждена существенная статистическая разница у оперированных больных и больных, пролеченных консервативно в период 1991–2000 гг. ($p=0,015$).

Заключение

1. Оперированные пациенты по поводу туберкулом составляют группу без рецидива болезни.

2. В группе больных, пролеченных консервативно, больше вероятность рецидива болезни.

3. ВАТС - хирургическое вмешательство по поводу туберкулом, позволило уменьшить травматичность операции и количество послеоперационных осложнений, раньше начать послеоперационное противотуберкулезное лечение.

4. Период противотуберкулезного лечения протяженностью 8–9 месяцев по поводу туберкулом является достаточным для того, чтобы не допустить рецидива болезни.

ТАКТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ТРОМБОЗОМ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Сушков С.А., Небылицин Ю.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Актуальность проблемы лечения пациентов с тромбозом глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей в современной клинической медицине обусловлена распространенностью тромботических поражений и их значимостью в возникновении тромбоэмболических осложнений, которые могут стать непосредственной причиной смерти пациента [1, 2].

Целью исследования являлось изучение возможностей диагностики и выработки оптимальной тактики лечения пациентов с ТГВ.

Материалы и методы. В клинике наблюдались 450 пациен-

тов с ТГВ (мужчин – 254, женщин – 196) в возрасте от 15 до 88 лет ($55,2 \pm 12,8$ года). Левосторонняя локализация патологического процесса наблюдалась у 257, правосторонняя – у 188, двусторонняя – у 5 больных. Илиофеморальный тромбоз выявлен у 125 пациентов, тромбоз бедренной вены – 123, тромбоз подколенной вены – 80, тромбоз вен голени – 102, тромбоз мышечных синусов голени – 20. У 5 пациентов венозный тромбоз осложнился тромбоэмболией легочной артерии. Применялись лабораторные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое доплерографическое исследование, дуплексное и триплексное ангиосканирование, ретроградная илиокавография). Для оценки тромбофического состояния крови производилось исследование коагуляционного гемостаза. Цифровой материал обрабатывали статистически с использованием стандартных пакетов прикладных программ Statistica-6. Операционные характеристики диагностических тестов рассчитывали с применением четырехпольной таблицы (латинский квадрат). На его основе вычисляли стабильные характеристики: чувствительность, специфичность, а также прогностичность положительного и отрицательного результатов [3, 4].

Результаты. Наибольшей чувствительностью обладали клинические проявления: отек, боль и симптом Хоманса. Однако они имели довольно низкую специфичность. Это свидетельствовало о том, что данные симптомы можно применять для первичной диагностики. Они позволяют не пропустить пациентов, имеющих ТГВ нижних конечностей. Однако низкая специфичность требует для уточнения диагноза проведения углубленного инструментального обследования. Все остальные симптомы нецелесообразно использовать для диагностики, так как они обладают очень низкой чувствительностью.

Наиболее информативными показателями оказались: активированное частичное тромбопластиновое время, активированное время рекальцификации, которые были укорочены на 15,9%, 17,6%, и концентрация фибриногена А, она оказалась повышена на 61,6%.

Были обследованы 128 пациентов, которым определяли число циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК). В активную стадию процесса количество ЦЭК оказалось выше на 67,9%, при этом процент неповрежденных клеток был ниже на 7%.

Лечебная схема основывалась на данных обследования. В

случае выявления флотирующего тромба в бедренном или подвздошном сегментах в экстренном порядке производилась ретроградная илиокавография и выполнялось оперативное вмешательство. Методом выбора являлись чрескожная имплантация кава-фильтра, открытая тромбэктомия и перевязка наружной подвздошной вены. Летальных исходов не было. Стандартная консервативная терапия включала: эластическую компрессию нижних конечностей, введение антикоагулянтов прямого и непрямого действия, антиагрегантов, ангиопротекторов, применение флеботропной терапии. По мере улучшения клинической картины антикоагулянты прямого действия под контролем свертывающей системы крови отменялись и пациент переводился на антикоагулянты непрямого действия. После выписки из стационара пациентам рекомендован дальнейший прием антикоагулянтов непрямого действия и антиагрегантов до 8 месяцев под контролем протромбинового индекса и международного нормализованного отношения, высокая эластическая компрессия обеих нижних конечностей.

Заключение

1. Диагностические мероприятия должны включать исследование коагуляционного гемостаза, ультразвуковую диагностику и при необходимости ретроградную илиокавографию.
2. В качестве дополнительного диагностического метода можно использовать определение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток.
3. При дистальных формах ТГВ без признаков прогрессирования процесса показана консервативная терапия.
4. При восходящем ТГВ с формированием флотирующего тромба показано экстренное оперативное вмешательство.

Литературные ссылки

1. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек; пер. с англ. под ред. И.А. Золотухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 208 с.
2. Plebology / A. –A. Ramelet [et al.]. – Elsevier Masson SAS – All rights reserved, – 2008. – 570 p.
3. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком / А. Банержи. – М.: Практическая медицина. – 2007. – 287 с.
4. Флетчер, Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера. – 1998. – 350 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТРАХЕАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Татур А.А., Леонович С.И., Стахиевич В.А.,
Скачко В.А., Климович А.Е.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Проведение реконструктивно-восстановительных операций на трахее (РВОТ) при ее рубцовых стенозах (РСТ), трахеопищеводных свищах (ТПС), дивертикулах, доброкачественных опухолях и травмах с использованием современных технологий пока остается уделом ограниченного круга медицинских учреждений [1, 2, 3].

Целью работы явилась оценка непосредственных и отдаленных результатов радикальных и паллиативных РВОТ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии на базе УЗ «10-я ГКБ» г. Минска с 1996 по 2011 г.г. РВОТ выполнены 186 пациентам: 126 – с РСТ, 23 – с ТПС, 30 – с полными разрывами (2) и с проникающими ранениями (28) трахеи, 6 – с доброкачественными опухолями, 1 – с гигантским дивертикулом.

Результаты. Определение показаний к выбору оптимального метода лечения было дифференцированным и основывалось на комплексной оценке параметров клинико-рентгено-эндоскопического обследования. У 38 пациентов при ограниченных РСТ II–III степени выполнена циркулярная резекция трахеи (ЦРТ) с формированием межтрахеального (24, МТА) или гортано-трахеального (14) анастомозов, причем у 32 из них – с применением васкуляризированного лоскута тимуса (ВЛТ). Циркулярное укрепление швов анастомоза ВЛТ в сочетании с ранней экстубацией обеспечило их надежный герметизм у всех пациентов. Гнойно-воспалительные осложнения развились у 8 пациентов (21,1%), причем несостоятельность швов анастомоза с развитием фатального медиастенита отмечена у 2 в период становления в клинике трахеальной хирургии. При стенозировании зоны анастомоза у 4 больных была эффективна эндоскопическая лазерная реканализация трахеи (ЭЛРТ), у двух

потребовалась постановка Т-стента. При остеомиелите грудины у двух больных выполнена резекция верхней трети ее тела с монопекторальной миопластикой дефекта грудной стенки. Этапные реконструкции трахеи (ЭРТ) с использованием Т-стента проведены 68 больным с многоуровневыми и протяженными (>4,0 см) РСТ с функционирующей трахеостомой (83,8%) и без нее (16,2%). У 17 пациентов (25%) с протяженными стенозами и переходом рубцового процесса на верхнегрудной отдел трахеи применена пластика трахеи трапециевидными кожными лоскутами в нашей модификации. В процессе ЭРТ у 34 больных отмечено развитие грануляций, которые потребовали проведения, либо открытого удаления их через трахеостому, либо – лазерной фотодеструкции. При рестенозе (25%) проводили мягкое бужирование зоны сужения, иссечение рубцовых тканей через стому, ЭЛРТ, а также трахеопластику трапециевидными кожными лоскутами. Благодаря технике выполнения и использованию монофиламентного шовного материала, нагноение ран развилось только у 3 пациентов (4,4%). В результате ЭРТ у 13 больных (19,1%) окончательные дефекты трахеи (ОДТ) были обширными (4,0–5,0 см) и мелкими (менее 8–9 мм), что потребовало выполнения хондротрахеопластики. Лечение завершено 44 пациентам. В процессе ЭРТ умерли 4 больных от причин, не связанных с операцией. 40 пациентам выполнена кожно-мышечная (31) или кожно-мышечно-хрящевая (9) пластика ОДТ. Важно отметить, что у 3 пациентов с трехуровневыми РСТ ЭРТ позволила с минимальным риском развития осложнений достигнуть стойкого восстановления просвета. Основным недостатком ЭРТ является ее паллиативность и непрогнозируемая длительность лечения, связанная с одновременным созреванием рубцовой ткани на фоне рецидивирующего хронического постнекротического трахеита. ЭЛРТ выполнена у 45 больных, причем у 20 с короткими (<1 см) РСТ – как окончательный метод лечения. У 22 пациентов с ограниченными и протяженными РСТ она применялась в процессе их подготовки к ЦРТ (6) или в ходе ЭРТ (19), как альтернатива повторным открытым операциям. На первом этапе работы у 7 больных (30,4%) со сформированными ТПС было проведено их разобщение с использованием перемещенного мышечного лоскута. Разобщение фистулы с

тимоезофаготрахеопластикой по оригинальной методике выполнено 16 пациентам, причем 3 – с одномоментным проведением ЦРТ с зоной РСТ и свища с формированием МТА. Всего несостоятельность швов пищевода развилась у 3 больных (13,0%) после эзофагографии ручными швами. При использовании мышечного лоскута у 1 пациента развились медиастенит и фатальное аррозионное кровотечение. Напротив, у 2 пациентов при применении ВЛТ сформировались наружные пищеводные свищи, излеченные консервативно. На первом этапе работы умерли 3 пациента от гнойного медиастенита (1), острой сердечно-сосудистой недостаточности (1) и пневмонии (1). Среди 240 пострадавших с ранениями шеи у 28 были диагностированы проникающие ранения трахеи (11,7%). Все пациенты были оперированы в срочном порядке в объеме от ушивания ран (25) до ЦРТ (3). У 2 пациентов с доброкачественными опухолями проведена резекция наддиафрагмального отдела трахеи из трансторакотомного доступа, а у 4 – лазерная эвапорация опухоли. При достаточно редкой патологии – гигантском рецидивном дивертикуле трахеи – из цервикостернотомического доступа выполнены его удаление и тимотрахеопексия.

Заключение. Лечение РСТ, ТПС, доброкачественных опухолей, дивертикулов и травм трахеи должно проводиться в специализированных Центрах, имеющих необходимый опыт проведения современных высокотехнологичных РВОТ, с учетом оценки индивидуальных клинико-рентген-эндоскопических параметров этих сложных патологических процессов.

Литературные ссылки

1. Паршин, В.Д. Хирургия трахеи с атласом оперативной хирургии / В.Д. Паршин, В.А. Порханов. – М.: «Альди-Принт». – 2010. – 480 с.
2. Татур, А.А. Хирургия рубцовых стенозов трахеи и трахеопищеводных свищей / А.А. Татур, С.И. Леонович. – Минск: БГМУ. – 2010. – 272 с.
3. Grillo, H.C. Surgery of the Trachea and Bronchi / H.C. Grillo // BC Decker Inc. - Hamilton-London. – 2004. – 872 p.

НОВЫЙ СПОСОБ БИПЕКТОРАЛЬНОЙ МИОПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА ГРУДНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГРУДИНЫ

Татур А.А., Пландовский А.В., Попов М.Н., Кудин М.П.
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Одним из самых тяжелых осложнений после операций с использованием срединной стернотомии после кардиохирургических вмешательств является развитие у 0,5–6,2% оперированных пациентов гнойно-воспалительного процесса в грудине и прикрепляющихся к ней хрящевых отрезках ребер. Радикальное хирургическое лечение *постстернотомического остеомиелита грудины* (ПСТОГ) включает проведение резекции, как правило, субтотальной, пораженных грудины и ребер с одномоментной пластикой *дефекта грудной стенки* (ДГС) фиксированными васкуляризованными лоскутами из *больших грудных мышц* (БГМ), *прямой мышцы живота* (ПМЖ), реже – широчайшей мышцы спины [1, 2, 3].

Целью настоящего исследования явились разработка и оценка практического применения нового способа бипекторальной миопластики ДГС при радикальном хирургическом лечении ПСТОГ.

Материал и методы. В Республиканском центре торакальной хирургии (РЦТХ) на базе отделений торакальной и гнойной торакальной хирургии УЗ «10-я ГКБ» г. Минска радикальное хирургическое лечение проведено 88 пациентам с ПСТОГ, из которых 21 (23,9%) – с использованием разработанного нового способа.

Результаты и обсуждение. Наиболее часто для закрытия ДГС применяются различные модификации дубликатурной бипекторальной миопластики [1, 2, 3], недостатками которых являются:

- 1) высокая травматичность и функциональные нарушения после отсечения БГМ от всех мест ее фиксации;
- 2) наложение одного лоскута БГМ на другой не позволяет создать дубликатуру мышечной ткани достаточной толщины;
- 3) попытки фиксации нижнего лоскута в глубине ДГС сопряжены с риском повреждения крупных сосудов и камер сердца;
- 4) оставление хрящевых отрезков ребер в зоне резекции гру-

дины может приводить к рецидивированию хондроперихондрита и необходимости выполнения повторной реконструкции;

5) необеспечение надежной каркасности грудной клетки.

Предлагаемый нами *новый способ бипекторальной миопластики* ДГС заключается в следующем. Разрезом от яремной вырезки до мечевидного отростка иссекают послеоперационный рубец и в латеральном направлении отсепаровывают медиальные края левой БГМ, в каудальном – краниальные концы ПМЖ. БГМ отсекают от грудины, II–IV реберных хрящей, внутренней трети ключицы и мобилизуют вверх с визуализацией сосудистой ножки, образованной грудной ветвью грудо-акромиальной артерии, веной и нервом. Брюшную часть БГМ пересекают в зоне соединения с передней стенкой влагалища ПМЖ. По направлению снизу вверх в проекции передней подмышечной линии БГМ пересекают с оставлением ее части в зоне сухожилия, прикрепленного к плечевой кости. Аналогично проводят мобилизацию правого лоскута БГМ. После выделения из сращений обеих ПМЖ в каудальном направлении освобождают для резекции мечевидный отросток и хрящевые отрезки V–VII ребер. Далее удаляют деструктивно-измененные обе створки тела грудины, каудальный край рукоятки и хрящевые отрезки II–VII ребер с обеих сторон с сохранением задней пластины их надхрящницы и межреберных мышечно-фиброзных валиков, ограничивающих зону медиастинального дефекта. Лоскуты обеих БГМ перемещают в медиальном направлении, укладывают в дефект средостения до его заполнения и в продольном направлении сшивают медиальные края с мышечно-фиброзными валиками узловыми швами (*первый ряд швов*). Отступя от первого ряда швов на 1,5–2 см с каждой стороны, накладывают *второй их ряд*, которым окончательно инвагинируют оба мышечных лоскута, с достижением тугого заполнения ДГС. После дренирования зоны операции 3 трубками послеоперационную рану послойно ушивают. В послеоперационном периоде проводили этиотропную антибактериальную и индивидуальную кардиотропную терапию, аспирационное дренирование и компрессию зону пластики. По разработанному способу оперирован 21 пациент с ПСТОГ. С выздоровлением выписаны 19 пациентов (90,5%). В раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента от причин, не связанных с техникой операции.

У 4 пациентов отмечено развитие раневых послеоперационных осложнений: нагноение (2) и серома (2), которые были излечены консервативно. Развития несостоятельности швов в зоне торакомиопластики и некроза лоскутов не отмечено.

Заключение. Разработанный новый способ бипекторальной инвагинационной миоластики ДГС обладает следующими преимуществами:

1) сшивание васкуляризированных лоскутов БГМ с фиброзно-мышечными валиками на уровне грудино-реберных сочленений позволяет их надежно зафиксировать на границе средостения;

2) инвагинация в ДГС лоскутов обеих БГМ позволяет его полностью без натяжения заполнить и не требует их фиксации к тканям средостения;

3) сохранение каудальных порций обеих БГМ и их сухожилий, прикрепленных к плечевым костям, позволяет исключить или значительно снизить функциональные потери;

4) бипекторальная инвагинационная торакомиопластика позволяет одномоментно надежно восстановить каркасность грудной клетки, обеспечить благоприятное протекание послеоперационного периода, улучшить функциональные и косметические результаты.

Литературные ссылки

1. Pairolero, P.C. Management of recalcitrant median sternotomy wounds / P.C. Pairolero, P.G. Arnold // J. Thorac Cardiovasc Surg. – 1984. – Vol. 88. – P. 357–364.

2. Хирургическое лечение хронического остеомиелита грудины / А.А. Вишневский [и др.]. – Хирургия. – 1989. – № 6. – с. 46–51.

3. Марк К. Фергюсон. Атлас торакальной хирургии – М.: "ГЭО-ТАР-Медиа". – 2009. – С. 120–121, 296–297.

ОБОГАЩЕННАЯ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМА В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Толстов Д.А., Богдан В.Г., Кузьмин Ю.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность проблемы. Существующие многочисленные методы в определенной степени позволили решить проблему лечения трофических язв с сохранением длительных сроков заживления язвенных дефектов. Основной причиной этого является отсутствие прямого позитивного влияния на сниженные репаративные процессы в области язвы. Естественная регенерация ран является сложным биологическим механизмом с многоступенчатой регуляцией факторами роста. Наиболее доступными носителями биологических факторов роста являются тромбоциты. В клинической практике используют различные варианты обогащенной тромбоцитами плазма (ОТП) с концентрацией тромбоцитов не ниже 1×10^6 /мкл [1–3].

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексном лечении варикозной болезни, осложненной трофическими нарушениями.

Материалы и методы. Оценены результаты лечения 21 пациента (13 женщин и 8 мужчин). Средний возраст составил $56,2 \pm 4,5$ лет. Основная подгруппа представлена 10 пациентами. Группу сравнения составили 11 пациентов, которые по возрасту, гендерному составу и площади раневой поверхности достоверно ($P > 0,05$) не отличались от основной группы. У всех пациентов была хроническая венозная недостаточность (ХВН) С6 по классификации CEAP. Площадь трофической язвы определяли планметрическим методом. Линейкой измеряли длину и ширину раны таким образом, чтобы эти величины были наибольшими. Полученные данные заносили в формулу для расчета площади раны:

$$S \text{ раны} = L \times W \times 0,785,$$

где

S раны – площадь раны (см^2), L – длина раны (см), W – ширина раны (см).

У всех пациентов были варикозные язвы площадью более 15 см^2 (от 16 до 150 см^2 , средний размер $68,3 \times 15,7 \text{ см}^2$). Всем пациентам под спинномозговой анестезией выполнялась кроссэктомия и эндовазальная лазерная коагуляция варикозно расширенных вен.

В исследуемой группе под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина гидрохлорида на передненаружной поверхности бедра дерматомом проводили забор расщепленного кожного лоскута толщиной 0,4–0,6 мм, который перфорировали и свободно укладывали на гранулирующую поверхность язвы. Предварительно в участках перфораций и по периметру закрываемой раневой поверхности по направлению от её периферии к центру проводили введение ОТП в объеме 0,2 мл на одну инъекцию с расстоянием до 1 см между местами инъекции. На кожные лоскуты и донорские участки накладывали повязки с раствором антисептика. Повторные инъекции ОТП проводили трехкратно с интервалом в 3-е суток (*уведомление о положительном результате предварительной экспертизы патента РБ № а 20111458*). Приготовление плазмы, обогащенной тромбоцитами, выполняли следующим образом. В стерильные пробирки, содержащие 1 мл 3,8% раствора цитрата натрия, набирали по 6 мл крови пациента. Затем проводили центрифугирование пробирок в течение 20 минут с числом оборотов 2000 в минуту. После центрифугирования в пробирках происходило разделение крови на три слоя. Два верхних слоя (за исключением нижнего – эритроцитарного) собирали в стерильный шприц.

В группе сравнения проводили только аутодермопластику. Эффективность проводимого лечения оценивалась по количеству местных раневых осложнений, количеству неэффективных аутодермопластик (лизис кожного трансплантата), длительности полной эпителизации язвенного дефекта (сутки), снижению болевого синдрома, длительности стационарного лечения.

Результаты. Полное приживление кожного трансплантата в исследуемой группе происходило в течение $18,2 \pm 5,1$ суток, в то время как в группе сравнения $24,7 \pm 3,2$ ($p < 0,05$). Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексном лечении

трофических язв позволило избежать развития местных осложнений и достоверно ($p < 0,05$) сократить длительность пребывания в стационаре на $4,2 \pm 1,3$ койко-дней, тогда как изолированное использование аутодермопластики сопровождалось частичным лизисом трансплантата у 2 пациентов группы сравнения (18,2%), что явилось показанием к выполнению повторной аутодермопластики.

Контактный болевой синдром по 10-балльной аналоговой шкале к 14-м суткам составил для основной группы в среднем 4 балла, в контрольной – 6 баллов. Все пациенты основной группы осмотрены через год после операции, рецидивов варикозных язв выявлено не было. У пациентов группы сравнения рецидив заболевания отмечен в 2 случаях.

Заключение. Применение аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, в комплексном лечении трофических язв венозной этиологии ускоряет сроки и улучшает качество приживления кожного трансплантата, позволяет избежать развития местных осложнений и сокращает длительность стационарного лечения, что сопровождается определенным положительным экономическим эффектом.

Литературные ссылки

1. Гришин, И.Н. Варикоз и варикозная болезнь нижних конечностей / И.Н. Гришин, В.Н. Подгайский, И.С. Старосветская. – Мн.: Выш. шк., 2005. – 253 с.
2. Marx, R.E. Platelet-rich plasma (PRP): what is PRP and what is not PRP? / R.E. Marx // *Implant. Dent.* – 2001. – № 10(4). – P. 225–228.
3. Platelet-rich plasma: growth factors and pro- and anti-inflammatory properties / H. El-Sharkawy et al. // *J. Periodontol.* – 2005. – № 8. – P. 661–669.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО СПОСОБА ПОДВЕДЕНИЯ ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРА К ОЧАГУ ВОСПАЛЕНИЯ

Ушкевич А.Л.¹, Жандаров К.Н.², Прокопчик Н.И.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время во всем мире интенсивно развивается новая медицинская технология – фотодинамическая терапия (ФДТ). Наиболее распространённым способом введения фотосенсибилизатора (ФС) является внутривенное введение. Также применяется местное введение фотосенсибилизирующих препаратов в виде растворов, гелей, наносимых на поражённые области, через определённое время проводится облучение зоны нанесения фотосенсибилизатора. Разрабатываются фонофоретические методы введения фотосенсибилизаторов, которые могут обеспечить направленное местное введение препарата в концентрации, достаточной для проведения ФДТ. В литературе имеются данные о локальном инъекционном введении фотосенсибилизатора. Реже применяется пероральное введение фотосенсибилизатора.

Цель исследования: провести сравнительную оценку внутривенного и местного введения фотосенсибилизатора в поджелудочную железу и клетчатку забрюшинного пространства.

Материалы и методы. При проведении эксперимента в качестве лабораторных животных использовались кролики обоих полов массой $3,3 \pm 0,2$ кг. Из возможных способов введения рассматривались внутривенное и местное введения, проводились их сравнения. При местном способе введения у 5 лабораторных животных под внутримышечным и внутривенным калипсоловым наркозом выполнялась лапаротомия. Выделялась поджелудочная железа, которая у животных находится в брюшной полости по ходу двенадцатиперстной кишки. В паренхиму поджелудочной железы в 4-х удалённых друг от друга точках в разное время (с интервалом 1 час) вводился «Фотолон» по 1 мг в каждую точку, в клетчатку забрюшинного пространства в 6 разных точках с интервалом 30 минут вводился «Фотолон» по 1 мг в каждую точку. Точки введения выбирались таким образом, чтобы фотосенсибилизатор из одного места введения не распространялся на другие места введения. Отмечалось хорошее распространение фотолона

в клетчатке забрюшинного пространства по типу инфильтрации ткани. В паренхиме поджелудочной железы фотосенсибилизатор распространялся на меньшую площадь органа. Вторым рассматриваемым вариантом введения раствора «Фотолон» внутривенный. Под внутримышечным и внутривенным калипсоловым наркозом 5 животным в асептических условиях выполнялся разрез кожи в паховой области, выделялась и катетеризировалась бедренная вена. Внутривенно медленно вводилось 3 мг препарата «Фотолон». В процессе введения фотолон забирались общий и биохимический анализы крови. Животные выводились из эксперимента передозировкой эфира в разные периоды времени после введения препарата. На флуориметрическое и гистологическое исследование забирались поджелудочная железа, клетчатка забрюшинного пространства из мест введения фотолон.

Результаты и заключение. Детектирование уровня флуоресценции ткани осуществляли на лазерно-волоконном флуоресцентном спектроанализаторе «ЛЭСА 6» (БИОСПЕК, Россия) с гелий-неоновым диагностическим лазером ($\lambda_{\text{возб.}} = 630 \text{ нм}$, $\lambda_{\text{дет.}} = 670 \text{ нм}$). Проведенное исследование показало, что максимальное накопление препарата «Фотолон» отмечается при местном введении (в жировой клетчатке $4471 \pm 199,5$ у.е. и в поджелудочной железе $1903,6 \pm 851,32$ у.е.) по сравнению с внутривенным введением (в жировой клетчатке $186,8 \pm 8,87$ у.е. и в поджелудочной железе $260,2 \pm 5,47$ у.е.). При местном введении препарата пик его накопления в жировой клетчатке приходится на 1,5 часа ($4471 \pm 199,5$ у.е.) после введения препарата с дальнейшим постепенным снижением. В поджелудочной железе накопление происходит медленнее, и максимальная концентрация наблюдалась к 2 часам ($1903 \pm 851,32$ у.е.). Токсического действия препарата на организм лабораторного животного не отмечено. При макро- и микроскопическом исследовании тканей внутренних органов структурных изменений не выявило.

Выводы. Таким образом, в результате проведенных исследований при локальном введении ФС создаётся максимальная концентрация его в очаге воспаления, в десятки раз выше в сравнении с внутривенным введением. При проведении фотодинамической терапии с препаратом «Фотолон» при воспалительных заболеваниях поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки целесообразно применять местное введение ФС, а облучение НИЛИ проводить через один час после введения фотосенсибилизатора.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ушкевич А.Л.¹, Жандаров К.Н.², Прокопчик Н.И.¹

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Согласно общемировой статистике, в последние годы происходит неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом. Деструктивные формы острого панкреатита, развивающиеся у 20–35% пациентов, обуславливают развитие ранних токсических и поздних септических осложнений, даже при использовании современного мощного арсенала фармакологических средств. На этом фоне крайне высокой остается летальность – от 15 до 40% при «стерильных» формах и до 80% при гнойных осложнениях панкреатита. Всё это ведёт к неуклонному поиску новых средств и методов в лечении острого деструктивного панкреатита, парапанкреатита, способствующих скорейшей ликвидации воспалительных процессов в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

В последнее время значительный интерес и перспективы в лечении гнойных ран представляет использование метода фотодинамической терапии (ФДТ). Принцип ФДТ состоит в том, что при поглощении света определенной длины волны, соответствующей пику поглощения фотосенсибилизатора, молекула фотосенсибилизатора, избирательно захваченная бактериальной клеткой, переходит из основного состояния в короткоживущее синглетное возбужденное состояние и передает энергию третьему компоненту – кислороду в составе гемоглобина эритроцитов. Затем происходит либо обратный переход в основное состояние, сопровождающийся излучением кванта света – флуоресценцией, либо образуется триплетное возбужденное состояние, и запускаются фотохимические реакции, лежащие в основе фотодинамического воздействия. В микробных клетках начинается фотохимическая реакция с образованием синглетного кислорода и кислородных свободных радикалов, оказывающих

токсическое воздействие на субстрат (компоненты бактериальной клетки), окисляя его.

Целью исследования являлась разработка способа лечения острого деструктивного парапанкреатита в эксперименте с применением фотодинамической терапии, на основе определения дозы фотосенсибилизатора для лечения деструктивных процессов в забрюшинной клетчатке.

Материалы и методы. В качестве лабораторных животных были использованы 40 кроликов, массой около $3,1 \pm 0,2$ кг обоих полов. Их питание осуществлялось по обычной диете в условиях вивария. Кроликам был обеспечен свободный доступ к пище и воде, их содержали в стандартных условиях вивария с естественной 12-часовой сменой света и темноты. Работу проводили с соблюдением этических норм обращения с животными, а также требованиями мирового сообщества правил, предусмотренных Европейской комиссией по надзору за проведением лабораторных и других опытов, с участием экспериментальных животных разных видов. Животных вводили в наркоз, взвешивали, фиксировали к операционному столу и выполняли операции в стерильных условиях. Выведение животных из эксперимента осуществлялось введением летальных доз тиопентала натрия. В асептических условиях производились лапаротомия, перемещение части поджелудочной железы в клетчатку забрюшинного пространства, травматизация её паренхимы, введение в паренхиму железы микробной взвеси с последующим ушиванием париетальной брюшины над травмированной частью железы. Рана послойно ушивалась. Спустя сутки проводили повторную лапаротомию. В брюшной полости находили признаки панкреатита, парапанкреатита, подтверждаемые макроскопическими, гистологическими и лабораторными исследованиями. В очаг деструкции в забрюшинной клетчатке вводили шприцом фотолон. Через 1 час производили низкоинтенсивное лазерное облучение забрюшинной клетчатки в месте развития воспаления в течение 10 минут. Использовали при этом аппарат лазерный Родник-1. После облучения рану послойно ушивали. Кролика помещали в отдельную клетку, ежедневно производился забор общего и биохимического анализов крови, велось наблюдение за животным.

Результаты и обсуждение. При изучении результатов лече-

ния острого парапанкреатита у лабораторных животных с применением фотодинамической терапии сравнение производили с контрольной группой, не получавшей лечения. Отмечены снижение лейкоцитоза, уменьшение палочкоядерных нейтрофилов в общем анализе крови после проведения ФДТ. Увеличение продолжительности жизни животных при использовании ФДТ. Изменения при аутопсии после использования ФДТ носят характер ограничения воспалительного процесса, или его практически полное затухание.

Заключение. Применение методов фотодинамической терапии с использованием низкоинтенсивного лазерного излучения при деструктивном парапанкреатите оказывает положительное действие на местные воспалительные процессы в забрюшинной клетчатке, направленные на уменьшение и ограничение воспаления.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ РАЗРЫВАХ АНЕВРИЗМ БРЮШНОЙ АОРТЫ

*Хрыщанович В.Я.¹, Третьяк С.И.¹, Романович А.В.²,
Климчук И.П.², Авдиевич А.Д.², Шагисултанов Э.Р.²,
Герасимович Г.В.¹*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «4-я городская клиническая больница»²,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Разрыв аневризм брюшной аорты (АБА) является наиболее частым и серьезным осложнением, ежегодная частота которого составляет 20–40 случаев на 100 000 населения. Послеоперационная летальность после хирургических вмешательств по поводу разрыва АБА колеблется от 15% до 65%, составляя в среднем 50%, и существенно отличается от таковой при плановых операциях – 2,9% [1, 2]. Целью настоящего исследования был анализ прогностических факторов летальности у пациентов с разрывом АБА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ

лечения 39 пациентов с разрывом АБА на базе Минского городского центра сосудистой хирургии в период с 1 сентября 2007 года по 31 января 2012 года. В протокол исследования были включены также пациенты, умершие на операционном столе во время выполнения хирургического вмешательства. Для статистической обработки анализируемая группа больных была разделена на подгруппы в соответствии с изучаемыми прогностическими факторами и исходом заболевания. В связи с отсутствием достаточной информации, необходимой для оценки потенциальных предикторов летальности, четверо пациентов были исключены из дальнейшего исследования. Статистический анализ проводился с использованием критериев Фишера и χ^2 , результаты считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты. В группе пациентов, состоящей из 31 (88%) мужчины и 4 (12%) женщин, уровень общей летальности составил 48%, средний возраст – $70,7 \pm 6,8$ лет. Среди умерших женщин было 4 (23,5%), мужчин – 13 (76,5%). На наличие АБА в анамнезе указывали 15 (42%) пациентов, боли и пульсирующее образование в животе присутствовали в 100% случаев при поступлении в приемное отделение.

По результатам ультрасонографии средний диаметр аневризмы составлял $7,4 \pm 1,7$ см. У всех пациентов разрыв АБА локализовался ретроперитонеально, гемоперитонеум был выявлен в 11 (31%) случаях. Систолическое артериальное давление соответствовало 119 ± 28 мм рт. ст., длительность операции – $3,12 \pm 0,8$ часа. В зависимости от величины артериального давления пациенты были разделены на три подгруппы: ≤ 70 мм рт. ст. – 1; 71–119 мм рт. ст. – 16; ≥ 120 мм рт. ст. – 18. Изучение половой принадлежности в качестве прогностического фактора не выявило статистически достоверных различий в группе умерших мужчин и женщин ($P = 0,69$), в связи с чем в нашем исследовании пол не оказывал влияния на уровень летальности. В то же время, возраст являлся достоверным и прямо пропорциональным летальности предиктором ($P = 0,03$) с наибольшим количеством летальных исходов в возрастных группах 71–80 (46%) и 81–90 (100%) лет. Группа пациентов 61–70 лет включала 14 человек (6 умерших), 71–80 лет – 15 (7 умерших), 81–90 лет – 4 (4 умерших). Изучение концентрации сывороточного креатинина в качестве прогностического фак-

тора в момент поступления пациентов в стационар позволило обнаружить 44% уровень летальности в группе оперированных больных с показателями креатинина выше 110 мкмоль/л ($n = 7$) и 41% – ниже 110 мкмоль/л ($n = 7$), со статистически значимыми различиями между группами ($P=0,0007$). Два пациента не вошли в сравнительный анализ вследствие отсутствия необходимой информации. Показатели артериального давления были обратно пропорциональны уровню летальности, который был самым высоким (53%) у поступивших пациентов с индексом давления 71–119 мм рт. ст. ($P=0,003$). Объем диуреза в первые сутки после операции в группе умерших пациентов составил 1897 ± 1158 мл, в группе выживших – 2280 ± 657 мл, различия в обеих группах носили достоверный характер ($P=0,02$). Необходимо отметить, что в 3 случаях олиго– или анурии летальность составила 100%. У пяти умерших пациентов информация о суточном диурезе отсутствовала, в связи с чем они были исключены из анализа. Средняя длительность пережатия аорты составила 70 ± 21 минут и не оказывала влияния на уровень послеоперационной летальности. Несмотря на то, что в группе умерших временной интервал этого этапа операции был выше – 80 ± 21 минут, чем в группе выживших пациентов – 62 ± 16 минут, различия не обладали статистической достоверностью ($P=0,16$), что не позволило рассматривать время пережатия аорты в качестве прогностического фактора летальности. Наименьшее количество летальных исходов (37%) было зафиксировано в группе пациентов с интраоперационным объемом трансфузии 5–7 литров в отличие от тех больных, которым во время оперативного вмешательства переливалось менее 5 или более 7 литров инфузионных растворов. Различия между объемом трансфузии и уровнем летальности были статистически достоверными ($P=0,002$). Средняя продолжительность оперативного вмешательства в группе умерших и выживших пациентов составила 194 ± 55 минут и 180 ± 41 минут соответственно ($P=0,11$), средний диаметр аневризмы – $7,5 \pm 1,6$ см и $7,2 \pm 1,8$ соответственно ($P=0,34$). Показатели гемоглобина в обеих группах анализируемых больных также имели различия (106 ± 28 г/л vs 111 ± 22 г/л), однако они не обладали статистической достоверностью ($P=0,2$).

Заключение. Как показало проведенное нами исследование, возраст пациента, концентрация креатинина, систолическое арте-

риальное давление, объем диуреза и интраоперационной трансфузии являются достоверными прогностическими факторами летальности у пациентов, оперированных по поводу разрыва АБА.

Литературные ссылки

1. Lindsay, T.F. Ruptured abdominal aortic aneurysm: from diagnosis to discharge / T.F. Lindsay, K.W. Johnston // In: Advances in vascular surgery 3. Editors A.D. Whittemore [et al.], Chicago: Mosby Year–Book Inc.; 1995. – P. 127–148.

2. Factors affecting survival after rupture of abdominal aortic aneurysm: effect of size on management and outcome / J.L. Murphy [et al.] // Can. J. Surg. – 1990. – Vol. 33. – P. 201–205.

ОСОБЕННОСТИ ПРИГОТОВЛЕНИЯ АЛЛОГЕННЫХ ПАРАТИРОЦИТОВ ДЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

*Хрыщанович В.Я.¹, Третьяк С.И.¹, Харламова А.Н.¹,
Писаренко А.М.², Кондратович В.А.², Ходосовская Е.В.¹*

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Минский городской клинический онкологический диспансер»²,
Минск, Беларусь

Актуальность. В настоящее время в биомедицинской практике весьма перспективным направлением является создание гибридных или биоискусственных органов, в связи с чем получение функционально активных фрагментов ткани или клеток парашитовидной железы и последующая их имплантация в организм реципиента представляет собой альтернативный метод лечения перманентного симптоматического гипопаратиреоза [1, 2, 3]. Целью настоящего исследования явилась разработка эффективного метода выделения паратироцитов из гиперплазированной или аденоматозной ткани парашитовидной железы пациентов, перенесших паратиреоидэктомию по поводу первичного или вторичного гиперпаратиреоза.

Материалы и методы. Для приготовления культур использовали парашитовидные железы, полученные ex vivo во время паратиреоидэктомии от 6 пациентов, страдающих первичным и

вторичным гиперпаратиреозом. Время хранения биоматериала до посева клеток составило не более 5 часов при температуре $+4^{\circ}\text{C}$. Для получения суспензии клеток паращитовидные железы вначале подвергали механической дезагрегации на фрагменты размером $0,1\text{--}2\text{ мм}^3$. После этого измельченную паратиреоидную ткань обрабатывали раствором ферментов, состоящим из коллагеназы II типа, трипсина и ДНК-азы. Время инкубации с ферментами составляло 20 минут при температуре $+37^{\circ}\text{C}$. Полученные клетки осаждали центрифугированием, после чего осадок ресуспендировали в ростовой среде DMEM/F-12 с добавлением 5% телячьей сыворотки. Суспензию клеток в 5 мл среды заливали в культуральные флаконы и культивировали в CO_2 -инкубаторе при $+37^{\circ}\text{C}$. Ростовую среду во флаконе с культивируемыми клетками меняли каждые 3–4 суток.

Результаты. Культура, полученная из паращитовидной железы человека, в 1-е сутки культивирования была представлена преимущественно флотирующими клетками, также встречались единичные фибробластоподобные клетки. Со 2-х суток быстро формировалась прикрепленная фракция клеток неправильной формы с четко контурированным ядром, которая представляла собой многочисленные очаги роста клеток, плотно прилегающих друг к другу. К 4–10 суткам культивирования клетки образовывали плотный монослой, представленный тесно прилегающими друг к другу эпителиальными клетками полигональной формы. Анализ полученных данных показал, что наибольшее количество клеток из тканевых фрагментов паращитовидной железы удалось получить в режиме 18-часовой инкубации с ферментами при температуре $+4^{\circ}\text{C}$ с последующей 10-минутной инкубацией при $+37^{\circ}\text{C}$. В этом случае удалось выделить клетки в концентрации $3\div 5 \times 10^6$ в 1 мл, жизнеспособность которых составила 99%. При микроскопии культуры, полученной из образцов паращитовидной железы человека, на 3 сутки наблюдали образование клеточных агрегатов, состоящих из 20 и более клеток. При этом была отмечена относительная гомогенность культуры, которая проявлялась в одинаковых размерах клеток и плотности их укладки, клетки достигали практически уровня монослоя. Начинали формироваться везикулярные структуры – микрофолликулы. Клетки, выстилающие полость фолликулов, очень тесно прилегали друг к

другу и имели кубическую форму. После прикрепления агрегата клеток достаточно быстро формировалась колония, единичные клетки также могли прикрепляться к поверхности подложки. Колонии за счет деления клеток увеличивались в размерах и постепенно сливались. Центральная часть колоний в результате дифференцировки становилась многослойной, происходила стратификация колонии, и через определенное время образовывался сплошной многослойный пласт (МПК). Формирование межклеточных связей в культуре паратироцитов зависело от содержания в ростовой среде ионов кальция. Хорошая пролиферация клеток была отмечена в среде с низким содержанием кальция (0,05–0,1 мМ), однако при этом замедлялись процессы дифференцирования клеток и многослойный пласт не формировался. Среда, содержащая нормальное количество кальция (1,2–1,8 мМ), инициировала дифференцирование и способствовала формированию десмосом. В результате тестирования специфической функциональной активности культуры средняя концентрация паратгормона при указанных условиях получения клеток составила 210 ± 41 пг/мл. Необходимо отметить, что существенных различий в секреторной активности культивированных паратироцитов в зависимости от характера патоморфологических изменений нативных паращитовидных желез (аденома, гиперплазия) обнаружено не было.

Заключение. Проведенное нами исследование позволило получить гормонально-активную и жизнеспособную культуру аллогенных паратироцитов. Однако одним из условий успешного приживания МПК является выполнение своевременной трансплантации. Для этого необходимо определение степени готовности (зрелости) культуры клеток к пересадке, о которой судили, главным образом, по картине, наблюдаемой в инвертированном микроскопе. Переросший МПК обладал более низкими витальными свойствами, питание клеток в нем было нарушено. Молодой или недозревший МПК был тонким, имел достаточно слабые межклеточные связи и в процессе ферментативной обработки диспазой разрушался. В связи с этим в процессе культивирования необходимо оценивать степень зрелости МПК и своевременно осуществлять трансплантацию.

Литературные ссылки

1. Bjerneroth G., Juhlin C., Rastad J. et al. MHC class I and II antigen expression on parathyroid cells and prospects for their allogenic transplantation. Transplantation. 1993; 56(3): 717.
2. Alfrey E.J., Perloff L.J., Asplund H.W. et al. Normocalcemia thirteen years after successful parathyroid allografting in a recipient of a renal transplant. Surgery. 1992; 111: 234.
3. Hasse C., Schrezenmeier J., Stinner B. et al. Successful allotransplantation of microencapsulated parathyroids in rats. World J. Surg. 1994; 18: 630.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Худовцова А.В., Ковальчук В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В структуре неотложных хирургических вмешательств аппендэктомия, безусловно, занимает лидирующее положение [1, 2]. В настоящее время хирурги все чаще прибегают к лапароскопической аппендэктомии при лечении больных острым аппендицитом, а некоторые клиники, например, детской хирургии, сообщают, что лапароскопическую аппендэктомию выполняют практически в 100% случаев [1, 2].

Цель исследования: оценить эффективность лапароскопического метода лечения аппендикулярных перитонитов у детей.

Материалы и методы. На базе клиники детской хирургии УЗ «ГОДКБ» за период с 2007 по 2011 гг. было выполнено 71 оперативное вмешательство по поводу аппендикулярного перитонита у детей. В зависимости от метода лечения были выделены 2 группы. Группа I (лапароскопический метод) – 24 пациента, и группа II (лечение «открытым» способом) – 47 пациентов. Средний возраст пациентов составил – $8,7 \pm 0,4$ лет. Гангренозно-перфоративный аппендицит явился основной морфологической формой осложненного аппендицита – 48 (67,6%). Предоперационная подготовка проводилась по единому протоколу.

Во время диагностической лапароскопии осуществлялись верификация источника перитонита, санация брюшной полости, удаление червеобразного отростка и проведение регионального или общего лаважа в зависимости от распространенности перитонита. Дренирование брюшной полости осуществлялось только одним дренажом к месту наибольших воспалительных изменений. Количество местных перитонитов составило – 62 (87,3%), распространенных форм перитонита – 9 (12,6%).

Результаты. Так, показатели ЧСС у оперированных детей в 1-е и 3-и сутки после операции нормализовались быстрее, чем в группе II. Температура в 1-е сутки после операции не имела достоверных различий, но на 3-и сутки отмечалась тенденция к более быстрому снижению температурной реакции у детей, оперированных лапароскопическим методом. ЛИИ с 3-х суток начинал нормализоваться. Важным диагностическим тестом явился анализ крови на прокальцитонин, как показатель развития риска тяжелого септического процесса. Показатель оценивали в раннем послеоперационном периоде, при его значении $>1,0$ производилось лазерное облучение крови аппаратом «Айболит». Нормализация функций кишечника происходила быстрее в группе I. Перистальтика кишечника восстанавливалась уже к 3-м суткам у 100% больных, во 2-й группе – лишь к 5-м суткам, отхождение газов появлялось на 3-и сутки у 91,6 % больных (во 2-й группе – 40,4%), первая дефекация самостоятельная на 3-и сутки в 95,8% и 42,5%, соответственно.

В раннем послеоперационном периоде после лапароскопического метода лечения промедол назначался только 3 (12,5%) детям группы I (лапароскопический метод), в группе II – 35 (74,5%) детям. Количество койко-дней в группе I составило $13,3 \pm 1,5$ и $17,5 \pm 2,2$ в группе II.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде: в группе I – у 2 (8,3%) детей (ранняя спаечная кишечная непроходимость – 1, абсцесс брюшной полости – 1); в группе II – у 4 (8,51%) детей абсцесс брюшной полости. Для устранения осложнений потребовалась лапаротомия.

Заключение

1. Для лапароскопического метода характерна минимальная травматичность и косметический эффект.
2. Возможность визуального осмотра всех областей брюш-

ной полости.

3. Выполнение адекватной санации и лаважа брюшной полости.

4. Отсутствие необходимости в назначении наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде.

Литературные ссылки

1. Острый аппендицит : учеб. пособ. для студ. мед. вузов, ординаторов, аспирантов, практ. врачей / А.Г. Кригер, А.Ф. Федоров, П.К. Воскресенский, А.Ф. Дронов. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 244 с. : рис. – Библиогр. в конце глав. - ISBN 5-901654-11-0 (в пер.);

2. Хирургические болезни. В 2 т. Т.1: учебник для вузов: рек. УМО по мед. и фарм. образ. вузов России / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 601, [2] с.: ил. – Библиогр.: с. [598]-599, предм. указ.: с. [600-603]. - ISBN 978-5-9704-0737-0 (т. 1) (в пер.). - ISBN 978-5-9704-0738-7 (общ.).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАХОВАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КЛИНИКЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Цилиндзь И.Т.¹, Колешко С.В.¹, Кояло С.И.², Цилиндзь И.И.²
УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»²,
Республика Беларусь

Актуальность. По-прежнему не теряет актуальности проблема паховых грыж и их лечение. Не снижается количество больных, страдающих данной патологией, разрабатываются новые способы герниопластики.

Цель. Изучить ближайшие результаты лапароскопической герниопластики при паховых грыжах.

Материал и методы. За последние пять лет в клинике общей хирургии находилось 1030 больных с паховыми грыжами. Из них оперированы 967 пациентов (93,9%). По причине тяжелой сопутствующей патологии у 6,1% от оперативного пособия решено

воздержаться.

Лапароскопическая герниопластика проведена у 421 больного, что составляет 43,5% от числа оперированных. При этом у 340 больных (80,8%) грыжа была косая. У 81 – прямая (19,2%).

Выполняем лапароскопическую герниопластику трансабдоминальным доступом, при этом сетчатый трансплантат устанавливаем и фиксируем его скобками преперитонеально, после предварительного отсепаровывания брюшины с грыжевым мешком. Сетчатый трансплантат 6-8x10–12см, раскроенный для помещения нижней его бранши под элементы семенного канатика. «Раскрой» ликвидируем после установки трансплантата путем скрепления обеих браншей скобками. После выполнения данного этапа операции брюшина восстанавливается.

После данного вида вмешательства у 15 больных (3,6%) в послеоперационном периоде через 1–2 недели после выписки отмечено скопление жидкости в виде «ложных кист» пахово-мошоночной области, которые были ликвидированы пункцией «кисты». Потребовалось от 1 до 5 пункций. У 1 больного (0,24%) произошло повреждение *a.epigastrica inferior*, возникшее кровотечение было остановлено путем прошивания через переднюю брюшную стенку (попытки коагуляции оказались безуспешными).

У 1 больного (0,24%) была повреждена стенка мочевого пузыря (грыжа рецидивная) при выделении грыжевого мешка. Выполнены лапаротомия, ушивание мочевого пузыря, наложение эпицистостомы.

У 2 больных (0,47%) на первом году после операции возникла острая спаечная кишечная непроходимость, которая разрешена консервативными мероприятиями.

У 3 больных (0,71%) отмечен рецидив грыжи. Больные оперированы, им проведена герниопластика по Лихтенштейну. При рецидиве отмечено, что нижний край сетчатого трансплантата был оттеснен кверху. Это мы объясняли трудностью фиксации нижнего края сетчатого трансплантата из-за топографоанатомических осложнений.

Выводы. Лапароскопическая герниопластика в лечении паховый грыж является передовой, высокоэффективной технологией, однако и ей свойственны осложнения и, пусть и малый, процент рецидива.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ ПО ОСВОЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ХИРУРГИИ

***Шиленок В.Н., Фомин А.В., Зельдин Э.Я.,
Жулев С.А., Гецадзе Г.Н.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь

В настоящее время к высшей школе предъявляются более жесткие требования по подготовке знающих и умеющих специалистов. Несмотря на возросшую роль дистанционного обучения, контролируемой самостоятельной работы, роль преподавателя остается главной, особенно в индивидуализации подхода к обучению. Однако такой подход нередко затруднен по независящим от преподавателя причинам. Время заставляет использовать новые инновационные пути развития, которые постоянно совершенствуются и никогда не прекращается его развитие. Инновационный путь является основой современного направления развития Белорусского государства и всех сфер деятельности, включая медицину. Подготовка специалиста, врача высокой квалификации, наиболее важная задача медицинского вуза, хотя процесс этот достаточно длительный и трудоемкий.

До определённого периода обучения в ВУЗе, пока у студента не сформирована достаточная теоретическая база, говорить об освоении практических навыков мы можем весьма осторожно. Считается, что на 4 курсе лечебного факультета такая база уже есть. В основе лежит достаточный багаж знаний анатомии, гистологии, физиологии и по другим фундаментальным дисциплинам. При изучении этиологии, патогенеза и клиники хирургических заболеваний идёт освоение и практических навыков. Интерес к освоению практических навыков имеет и другую грань, так как именно в это время для многих молодых людей решается вопрос профессии, то есть, быть ли ему хирургом или нет. Считается, что именно в это время, согласно возрастной психологии, молодой человек испытывает страстное желание «попробовать всё своими руками» [1].

Профессиональное становление специалистов предполагает и организацию научно исследовательской работы, начальные этапы которой студенты постигают также в этот период времени.

Независимо от выбора профессии, практические навыки в своей основе предполагают работу с пациентами, поэтому, решая прикладные вопросы, важны проблемы деонтологии и этики.

Успешность освоения практических навыков на клинических занятиях во многом зависит от количества обучающихся в академической группе студентов, очевидно, что их не должно быть более 7–8 человек.

Важным моментом освоения практических навыков является ежедневная курация пациентов с последующим обсуждением клинических данных, интерпретацией полученных результатов обследования, выбора лечебной тактики. Следующий важный момент – дежурство. Наша практика доказала, что для реализации возможностей освоения практических навыков на дежурстве, помимо методических разработок, необходимо желание студента. Студенту в клинике, как правило, не создают серьёзных препятствий в освоении навыков. Кроме того, для совершенствования умений студент имеет возможность выполнить рекомендуемые практические навыки неоднократно.

Важным моментом при освоении практических навыков является курация пациентов и написание истории болезни. Каждый из этапов написания истории, от сбора анамнеза и до написания эпикриза, требует от студента творчества, что позволяет формировать мировоззрение врача и осваивать необходимые практические навыки. Помимо сбора анамнеза, осмотра и исследований у постели больного студент имеет возможность вместе с курируемым пациентом посещать диагностические кабинеты и участвовать в инструментальном исследовании.

Резкое сокращение часов программы по хирургическим болезням сместило практическую составляющую хирургии и освоение программы в целом в сторону производственной практики. Однако задачи производственной практики после 4 курса несколько иные, чем в период обучения под контролем преподавателя.

Студенты осваивают и совершенствуют навыки на амбулаторном приёме и встречаются с пациентами преимущественно с травмой, инфекционными процессами кожи и подкожной клетчатки и достаточно редко с хирургическими заболеваниями в соответствии с программой 4 курса. Вместе с тем, сами студенты отмечают, что исключение из программы вопросов онкологии за-

трудняет вопросы скрининговой диагностики онкологических заболеваний на ранних этапах, выявление опухолей наружных локализаций.

Безусловно, важна реабилитация пациентов на амбулаторном этапе и мероприятия, направленные на повышение качества жизни. Вместе с тем, производственная практика, расширяя возможности освоения практических навыков в целом, не позволяет реализовать те возможности, которые студенты могут приобрести в свой багаж знаний и умений при прохождении цикла под контролем преподавателя.

Конечно, существует возможность отработки практических навыков на муляжах. В первую очередь, это относится к освоению инвазивных вмешательств. Однако такие навыки, определяющие важные моменты подготовки и становления врача, как поверхностная пальпация живота, определение симптомов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, аускультация и т.д., требуют лонгитюдной работы именно с пациентами. Не последнее значение в решении данных вопросов имеет и материально техническая база, поскольку современные муляжи и фантомы – это пока недоступные большие компьютерные комплексы.

Конечно, процесс овладения практическими навыками – процесс длительный, и такие инвазивные методики обследования и манипуляции, как постановка зонда, пункция образований для забора материала на цитологическое исследование, катетеризация мочевого пузыря, возможно для большей части студентов по первому уровню – «знаю, как выполнить, видел». Но даже для освоения навыков на таком уровне необходим определённый временной период.

Совершенствование практической подготовки студентов мы видим в пролонгированном цикле по хирургии и возвращением в программу вопросов скрининговой диагностики онкологических заболеваний.

Литературные ссылки

1. Ларичев, А.Б. Можно ли овладеть практическими навыками, обучаясь в медицинском ВУЗе: мифы и реальность // Роль учебно-исследовательской работы по хирургии в подготовке студентов: Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов Российской Федерации. – Красноярск, 2012. – С. 554–555.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПЕЧЕНИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Якубцевич Р.Э.¹, Спас В.В.², Тарасюк Е.С.²

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»¹,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Как известно, летальность пациентов с печеночной недостаточностью приближаться к 80%. Частыми причинами ее являются острые отравления, тяжелое течение вирусных гепатитов и циррозы печени. Основными проявлениями печеночной недостаточности может быть нарушение сознания, повышение уровня билирубина и активности сывороточных трансаминаз, развитие СПОН.

Одной из методик лечения этой патологии стала технология экстракорпоральной поддержки печени, которая, собственно, совмещает несколько способов детоксикации – плазмаадсорбцию и гемодиализ. В клинических центрах мира используют несколько ее разновидностей, наибольшую популярность из которых получили технологии MARS (Theraclin-Gambro, Германия) и Prometheus (Fresenius, Германия).

Позитивные результаты применения системы MARS были установлены в немногочисленных контролируемых, проспективных, рандомизированных исследованиях [1, 2, 3, 4]. Таким образом, в мировой литературе на сегодняшний день достаточно мало сведений о применении технологии «искусственная печень», крайне недостаточен опыт в показаниях к применению данной технологии.

Цель исследования. Изучить влияние экстракорпоральной поддержки печени на параметры гомеостаза при острой и хронической печеночной недостаточности.

Материалы и методы. Анализу были подвергнуты 9 пациентов (2 больных с острой, в результате острого токсического повреждения печени гербицидами, 7 – с хронической печеночной недостаточностью, развившейся на фоне тяжелого течения вирусного гепатита С). Степень тяжести состояния больных

по APACHE II составила от 11 до 15 баллов. Все больные получали традиционное медикаментозное лечение. Всем пациентам в лечение включали от 1 до 2 процедур экстракорпоральной поддержки печени с помощью технологии «Prometheus» (Fresenius, Germany). Сеансы проводили каждый день или через день.

Исследуемые параметры исследовали в 2 этапа – до и после проведения процедуры.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакета программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты. В ходе всех процедур экстракорпоральной поддержки печени замечено позитивное влияние на многие параметры гемостаза. Причем, клиническое улучшение уже спустя 3 часа после проведения процедуры отметили все без исключения пациенты. Субъективно: больные отметили прилив сил, уменьшение слабости. Объективно: у пациентов уменьшились проявления так называемой печеночной энцефалопатии также во всех случаях, уменьшилась желтуха после проведения 1-й процедуры.

При анализе некоторых биохимических параметров выявлено, что имеет место достоверное уменьшение общего билирубина (на 45%), а также АСТ и АЛТ (табл. 1).

Таблица 1 – Изменение основных биохимических показателей в ходе проведения экстракорпоральной поддержки печени

Показатель	До сеанса	После сеанса	<i>p</i>
О. билирубин, мкмоль/л	511,7±46,7	281,4±42,8*	0,014
Общий белок, г/л	59,6±1,8	58,1±2,3	0,86
Мочевина, ммоль/л	7,2±2,4	7,0±1,6	0,59
Креатинин, мкмоль/л	112,3±21,3	91,7±16,4	0,37
АсАТ,	1885±213,1	278±92,6*	0,015
АлАТ,	3468±467,3	203±78,8*	0,002
Кортизол, нМ/л	533,5±224,7	1370,5±311,7*	0,03

*- различия достоверны ($p < 0,05$)

Уменьшение уровня холестаза, конечно же, связано и с удалением желчных кислот и желчных солей, активно накапливающихся при внутрипеченочном холестазе и способных, при определенных условиях, активизировать процессы апоптоза и некроза гепатоцитов. Увеличение кортизола более чем в 2 раза после про-

ведения процедуры может указывать на активацию стрессорных систем организма, что, возможно, требует поиска каких-либо подходов в коррекции этого нарушения.

Учитывая процедуру проведения гемодиализа, которая является составной частью Prometheus-терапии, становится понятным факт достоверной коррекции дефицита оснований и уровня лактата в организме, а также тенденция к увеличению рН крови (табл. 2).

Таблица 2 – Изменение некоторых параметров КОС и гемостаза в ходе проведения экстракорпоральной поддержки печени

Показатель	До сеанса	После сеанса	<i>p</i>
рН	7,38±0,08	7,43±0,06	0,78
ВЕ, ммоль/л	-6,1±1,2	3,4±0,8*	0,03
Lactat, ммоль/л	3,1±0,3	1,9±0,2*	0,017
Фибриноген, г/л	3,3±0,3	3,1±0,7	0,71
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	252±27,1	128±16,9*	0,02

*- различия достоверны ($p < 0,05$)

Однако в ходе процедуры отмечены и некоторые нежелательные изменения в системе гемостаза, проявляющиеся достоверным снижением числа тромбоцитов после процедуры и тенденцией к уменьшению концентрации фибриногена (табл. 2). Объяснение таких изменений может основываться как на использовании достаточно массивной антикоагуляции, необходимой для адекватного проведения процедуры, так и системы экстракорпорального контура, возможно, способного травмировать элементы гемостаза.

Заключение. Таким образом, применение экстракорпоральной поддержки печени у пациентов с печеночной недостаточностью приводит к значительному клиническому улучшению, способствует регрессу печеночной недостаточности, успешному удалению альбуминсвязанных и водорастворимых токсинов, уменьшает проявления цитолитического и холестатического синдромов.

Литературные ссылки

1. Chawla L.S., Georgescu F., Abell B. et al. Modification of Continuous Venovenous Hemodiafiltration With Single-Pass Albumin Dialysate

Allows for Removal of Serum Bilirubin // Am. J. Kidney Dis. – 2005. – Vol. 45, N 3. – P. 51–56;

2. Evenepoel P., Laleman W., Wilmer A. et al. Detoxifying Capacity and Kinetics of Prometheus – a New Extracorporeal System for the Treatment of Liver Failure // Blood Purif. – 2005. – Vol. 23, N 5. – P. 349–358.

3. Rifai K., Manns M.P. Review Article: Clinical Experience with Prometheus // The Apher. Dial. – 2006. – Vol. 10, N 2. – P. 132–137.

4. Stadlbauer V., Krisper P., Aigner R. Effect of Extracorporeal Liver Support by MARS and Prometheus on Serum Cytokines in Acute on Chronic Liver Failure // Crit. Care. – 2006. – Vol. 19, N 6. – P. 169.

5. Subramanian R.M., Kellum J.A. Extracorporeal Liver Support: a Continuing Challenge // Crit. Care. – 2007. – Vol. 11, N 1. – P. 106.

POWIKŁAŃ PO LAPAROSKOPOWYM ZAŁOŻENIU REGULOWANEJ OPASKI ŻOŁĄDKOWEJ W MATERIALE WŁASNYM

*Hady Razak, Jacek Dadan, Piotr Myśliwiec, Jerzy Robert Ładny,
Jerzy Łukaszewicz, Maria Soldatow, Leszek Trochimowicz*

Uniwersitet Medycznu,
Białymstok, Rzeczpospolita Polska

Wstęp. Powikłania po zabiegach bariatrycznych pozostają jednymi z najtrudniejszych powikłań w chirurgii jamy brzusznej i niewątpliwie są bardzo trudne do zdiagnozowania, a następnie niezmiernie ciężkie do leczenia, zarówno zachowawczego jak i operacyjnego. laparoskopowe leczenie powikłań po zabiegach bariatrycznych wymaga dużych umiejętności od operatora. Powikłania po LAGB charakteryzują się niezwykle różnorodnością.

Celem pracy było przedstawienie powikłań występujących po laparoskopowym założeniu regulowanej opaski żołądkowej, na podstawie zebranego materiału własnego.

Materiał i metody. W latach 2005–2010 w I Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej leczono z powodu otyłości olbrzymiej 110 chorych metodą regulowanej opaski żołądkowej. Wszystkie zabiegi wykonano metodą laparoskopową. W grupie tej było

76 kobiet (69,1%) i 34 mężczyzn (30,9%). Średni wiek pacjentek wynosił $37,7 \pm 13,80$ lat. Średni wiek wśród mężczyzn wyniósł $38,9 \pm 11,50$ lat. Średnia masa ciała wynosiła dla kobiet $128,5 \pm 24,35$ kilograma, a dla mężczyzn $125,4 \pm 23,60$ kilograma. Średnie BMI uzyskiwane wynosiło wśród kobiet $44,08 \pm 3,03$ kg/m² natomiast wśród mężczyzn $43,66 \pm 2,90$ kg/m². Średni obwód pasa wśród pacjentek wynosił $113,5 \pm 12,75$ cm, wśród mężczyzn wartość ta wyniosła $124,40 \pm 14,8$ cm.

Wynik. W analizowanym przez nas materiale klinicznym, który wynosił 110 pacjentów po laparoskopowym założeniu regulowanej opaski żołądkowej, u 36% operowanych wystąpiło przynajmniej jedno powikłanie. Wśród powikłań wczesnych obserwowano uszkodzenie przepony, odmę opłucnową, ropniaka opłucnej, perforację żołądka, zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych. Wśród obserwowanych powikłań późnych obserwowano zapalenie przelyku, infekcje okolicy portu, migrację opaski do światła żołądka, zsunięcie opaski, wymioty i brak utraty masy ciała. W naszym materiale klinicznym mieliśmy 19,9% usuniętych opasek. Najczęstszymi przyczynami usunięcia opaski było zsunięcie się opaski, migracja opaski do światła żołądka oraz poszerzenie zbiornika żołądka.

Wnioski. Zabieg założenia regulowanej opaski żołądkowej metodą laparoskopową jest metodą charakteryzującą się łatwą techniką wykonania, krótkim czasem zabiegu i hospitalizacji, jednak często dochodzi do powikłań śródoperacyjnych i okołooperacyjnych oraz późnych, które wymagają interwencji chirurgicznej. Przedstawione przez nas dane są porównywalne do danych światowych. Najwięcej powikłań obserwowano w pierwszych latach stosowania LAGB.

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

Сборник статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием,
посвященной 50-летию
1-й кафедры хирургических болезней

30 ноября 2012 года

Ответственный за выпуск В.В. Зинчук

Компьютерная верстка М.Я. Милевская
Корректор Л.С. Засельская

Подписано в печать 19.11.2012.
Формат 60х84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл. печ. л. 16,04. Уч.-изд. л. 12,89. Тираж 99 экз. Заказ 260.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно.