

оперированной нижней конечности равняется 39,8% и 7,3%, соответственно.

Выводы.

1. Реконструктивные артериальные операции являются достаточно эффективным способом сохранения нижней конечности при ее исходной хронической критической ишемии.

2. Более целесообразно производить малые хирургические вмешательства на стопе ишемизированной нижней конечности одновременно с реконструкцией магистрального артериального кровотока.

3. Реперфузионно-реоксигенационный синдром во включенной в кровоток нижней конечности является фактором, замедляющим реабилитацию пациентов в раннем и ближайшем послеоперационных периодах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов, Ю.В. Концепсия подхода к хирургическому лечению критической ишемии нижних конечностей / Ю.В. Белов, И.А. Винокуров // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 8. – № 5. – С. 9-13.

2. Фомин, А.А. Актовегин в лечении критической ишемии нижних конечностей / А.А. Фомин, Д.З. Першаков // Хирургия. – 2015. – № 8. – С. 54-57.

РЕЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИИ ЭКСТРЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СЛОВИЯХ ТРОПИЧЕСКОГО КЛИМАТА

Иоскевич Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Сложной проблемой хирургии является выполнение релапаротомий у пациентов, оперированных в связи с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости и в частности в условиях тропического климата [1]. Это касается как определения показаний к повторной операции, сроков их выполнения, так и объема планируемого вмешательства, особенностям ведения послеоперационного периода. Не взирая на наличие современных антибактериальных препаратов широкого спектра действия, методов экстракорпоральной поддержки организма летальность после релапаротомий в африканских странах остается достаточно высокой, что не может удовлетворять запросам сегодняшнего дня [2, 3].

Цель. Целью настоящего исследования явился ретроспективный анализ причин релапаротомий в хирургии экстренных заболеваний органов брюшной полости в условиях тропического климата для разработки путей уменьшения их частоты и повышения эффективности.

Материал и методы. Проанализированы результаты релапаротомий выполненных нами у 139 пациентов, оперированных в клиническом госпитале г. Луанда (Ангола) в 2010-2016 годах в связи с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Из них лиц мужского пола было 82, женского – 57. В возрасте от 3 до 5 лет оперировано 5 человек, от 5 до 10

лет – 31, от 10 до 15 лет – 53, от 15 до 20 – 25, от 20 до 30 лет – 20, от 30 до 40 лет – 4, старше 40 лет – 1. У 93 пациентов релапаротомия была произведена в связи с осложнениями брюшного тифа (перфорации брюшнотифозных язв), у 46 – в связи с острым аппендицитом.

Течение послеоперационного периода у наблюдавшихся пациентов оценивалось на основании данных клинической картины послеоперационного периода, общего анализа крови, ультразвукового исследования брюшной полости и ее обзорной рентгенографии.

Показанием к релапаротомии у 93 лиц оперированных первично в связи с брюшнотифозным перитонитом явились: некроз концевой илеостомы (39 случаев), несостоятельность швов илеостомы (7 случаев), прогрессирование послеоперационного перитонита (41 случай), деструктивный брюшнотифозный холецистит (6 случаев).

Релапаротомия у 46 пациентов перенесших аппендэктомию по поводу острого аппендицита производилась вследствие прогрессирования послеоперационного перитонита (42 случая), флегмоны забрюшинного пространства (2 случая), несостоятельности швов культи червеобразного отростка (2 случая).

Повторная операция выполнялась в промежутке времени от 24 часов до 8 суток после первичного хирургического вмешательства.

Объем релапаротомии зависел от характера воспалительного процесса в брюшной полости и общего состояния пациента.

У лиц, исходно оперированных по поводу брюшнотифозного перитонита производились:

1) в случае некроза концевой илеостомы – ее снятие, экономная (до 5-7 см) резекция тонкой кишки, концевая реилеостомия в правой (24 операции) или левой (15 операций) подвздошной области;

2) при несостоятельности швов концевой илеостомы – ее снятие с формированием илеотрансверзоанастомоза по типу «конец в бок» (2 операции), резекция тонкой кишки с концевой реилеостомией и пластикой ранее сформированного отверстия в брюшной стенке для илеостомы (5 операций);

3) при послеоперационном перитоните в связи с новыми перфорациями брюшнотифозных язв – а) резекция тонкой кишки с концевой илеостомией (27 операций), б) резекция тонкой кишки с анастомозом конец в конец (2 операции);

4) при прогрессировании послеоперационного перитонита в связи с недостаточной санацией брюшной полости – санация брюшной полости (12 операций);

5) при послеоперационном перитоните вследствие деструктивного брюшнотифозного холецистита – холецистэктомия (6 операций), в том числе с реконструкцией концевой илеостомы (2 случая) и ушиванием вновь образовавшегося перфорационного отверстия брюшнотифозной язвы (2 случая).

У пациентов, ранее оперированных по поводу острого аппендицита выполнялись:

1) при послеоперационном перитоните – санация брюшной полости (42 операции);

2) при несостоятельности швов культи червеобразного отростка – ушивание культи, ее экстраперитонизация и санация брюшной полости (2 случая);

3) при флегмоне забрюшинного пространства – дренирование забрюшинного пространства, санация брюшной полости (2 случая).

В 6 случаях ведение пациентов после релапаротомии с разлитым перитонитом осуществлялось по типу открытой эвисцерации с программированной санацией брюшной полости.

Общее состояние 43 пациентов перед выполнением релапаротомии расценивалось как средней тяжести, 95 – как тяжелое, 7 – как крайне тяжелое. Релапаротомии предшествовала комплексная предоперационная подготовка включающая комбинированную терапию антибиотиками (цефалоспорин +аминогликозид+метронидазол), возмещение водно-электролитных потерь, переливание эритроцитарной взвеси при уровне гемоглобина ниже 80 г/л как до-, так и во время операции, симптоматическое лечение. Методом доступа в брюшную полость являлось снятие швов со срединной послеоперационной раны передней брюшной стенки с ее расширением кверху или книзу в зависимости от характера интраоперационных находок (116 пациентов), или средняя срединная лапаротомия (23 пациента).

Результаты и обсуждение. Интраоперационной летальности не было. В раннем послеоперационном периоде умерло 13 (9,4%) пациентов, оперированных на фоне сепсиса. В 16 случаях (11,5%) отмечалось нагноение срединной раны передней брюшной стенки, в 13 (9,4%) – области концевой илеостомы. Анализ результатов релапаротомий показывает, что в условиях тропического климата частота их выполнения зависит от ряда факторов. Прежде всего от интенсивности течения основного заболевания после первичной операции в раннем послеоперационном периоде. Так, прогрессирование брюшного тифа обуславливает появление новых перфораций брюшнотифозных язв. В тоже время релапаротомии у пациентов, ранее перенесших аппендектомию обусловлены прогрессированием перитонита, что несомненно связано или с неадекватной первичной санацией брюшной полости, или применением дженериков-антибиотиков, или крайне вирулентной микрофлорой пациента. Некроз концевых илеостомий, свидетельствуют о том, что формирование последних требует тщательной мобилизации кишечника при выведении на переднюю брюшную стенку с учетом характера его кровоснабжения. Несостоятельность концевых илеостом указывает на прямые технические погрешности при их наложении. Как правило, это связано с плохой фиксацией стенки кишки к слоям передней брюшной стенки, особенно у лиц пониженного питания.

Выводы.

1. Основными причинами релапаротомий у лиц тропического климата является прогрессирование в раннем послеоперационном периоде основного хирургического заболевания, неадекватность выполнения первичного

хирургического вмешательства, технические погрешности операции.

2. Объем релапаротомии должен зависеть от характера воспалительного процесса в брюшной полости, прогноза в течении основного хирургического заболевания и общего состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн, А.М. Тропические болезни и медицинские болезни путешественников : руководство / А.М. Бронштейн. – Москва : ГЭОТАР – Медицина, 2014. – 526 с.

2. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и информационные материалы по ее положениям / В.И. Покровский [и др.]; под ред. В.И. Покровского. – Н. Новгород : Ремедиум, 2012. – 83 с.

3. Абдиева, А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомий в абдоминальной хирургии / А.А. Абдиева // Наука, новые технологии и инновация. – 2017. – № 1. – С. 49-52.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Каравай А.В., Миклашевич Ф.С., Божко Г.Г., Лагун Ю.Я., Карпуть И.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненская областная клиническая больница»*

Актуальность. По данным мировых эпидемиологических исследований, рак поджелудочной железы (РПЖ) ежегодно является непосредственной причиной смерти около 266 тысяч человек и занимает 4-е место в ранге причин смерти от злокачественных новообразований. Ожидается что, при отсутствии кардинальных изменений в поиске более эффективных методов диагностики и комплексного лечения к 2030 году он займет 2-е место среди причин смерти населения от злокачественных новообразований [2, 5]. В настоящее время по определению международной рабочей группы (Biomarkers Definitions Working Group) выделяют следующие виды биологических маркеров [2]: 1) диагностические; 2) прогностические; 3) предиктивные. Целью применения диагностических биологических маркеров является ранняя диагностика злокачественных новообразований. При РПЖ к ним относится карбоантиген (CA 19-9). Прогностические маркеры служат для оценки агрессивности и индивидуального прогнозирования течения опухолевого процесса. Предиктивные биомаркеры используются для индивидуализации лекарственной терапии [1, 2, 3, 4].

Цель. Изучить прогностические факторы и организовать мониторинг за радикально оперированными пациентами при РПЖ.

Методы исследования. В 2006-2015 гг. Гродненском областном онкологическом диспансере (ГООД) по поводу РПЖ взято на учет 987 пациентов. Среди них выделено группа (43 пациента), которым проводилось