

трансплантата была удовлетворительной. Почечный трансплантат потерял свою функцию по причине хронической его дисфункции в среднем через 80,5 месяца (33-192 мес.). Острое отторжение наступило в сроки от 2 до 36 месяцев (среднее – 26,5 мес.). Нами выявлено, что пусковым механизмом развития острого отторжения у 4 (37%) пациентов явилось самостоятельное нарушение приема и несоблюдение рекомендуемых дозировок лекарственных средств. Следует отметить, что средний возраст в этой группе больных составил 30 лет, а схема лечения включала назначение такролимуса и микофенолата мофетила. В одном случае (9%) установлен факт передозировки иммуносупрессивных препаратов также по вине пациента, что привело в дальнейшем к сепсису и летальному исходу.

Выводы. Почти в половине случаев причиной «потерь» почечных трупных аллографтов явилось невыполнение пациентами врачебных рекомендаций, что выразилось в самостоятельном изменении количества принимаемых ими иммуносупрессантов. По нашему мнению, решение этой проблемы заключается в более глубокой психологической работе с реципиентами на всех этапах лечения.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Довнар И.С., Дубровицк О.И., Козак Е.И., Амоев Р.В., Сухоцкий Д.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»

Гродно, Беларусь

В настоящее время в лечении заболеваний органов брюшной полости предпочтение отдается миниинвазивным технологиям, в том числе операциям под контролем УЗИ. Преимуществами операций под сонографическим наведением являются подход к патологическому очагу наиболее коротким доступом; возможность контроля прохождения инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный орган; минидоступ; не требуют пневмоперитонеума и в большинстве случаев наркоза. Эти обстоятельства позволяют применять данные операции у больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте.

В клинике общей хирургии операции под контролем УЗИ при заболеваниях органов брюшной полости применяются с 2002 г., что позволяет подвести некоторые итоги.

С 2002 по 2012 г. с лечебной целью выполнено 357 чрескожных оперативных вмешательств под контролем УЗИ при различной патологии органов брюшной полости. Пациенты были в возрасте от 17 до 96 лет, мужчин – 220 (61,6%), женщин – 137 (38,4%). Оперативные вмешательства выполнялись с использованием аппарата Алока с применением специальной насадки на конвексный датчик в режиме реального времени. В 98% случаев данные операции выполнялись при заболеваниях панкреатобилиарной системы. Однократные пункции полостных образований осуществлены у 163 (45,7%) пациентов, а дренирование объемных образований выполнено у 194 (54,3%) больных. При заболеваниях печени санационная пункция применялась у 9 больных с непаразитарными кистами печени, в 3 случаях выполнялась дезэпителизация этиловым спиртом. Санационная пункция осуществлена у 3 пациентов с абсцессом печени и у 6 больных выполнено дренирование остаточной полости с ежедневной санацией ее антисептиками. При эффективном дренировании полость абсцесса спадалась на 3–4 сутки, что подтверждалось УЗИ. Средняя продолжительность дренирования – 19 дней.

Данный метод широко применен при лечении больных с острым деструктивным холециститом и выраженной сопутствующей патологией. В основном это были люди пожилого и старческого возраста. У 88 больных из этой группы выполнялась пункция и санация полости желчного пузыря, у 15 пациентов данная операция выполнялась повторно. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия была выполнена 58 пациентам при эмпиеме желчного пузыря. Сразу же после наложения холецистостомы и эвакуации гнойной желчи отмечалось существенное улучшение общего состояния больных; снижалась температура тела, уменьшался болевой синдром, сокращался в размерах желчный пузырь.

Вторая группа больных, перенесших холецистостомию – пациенты с механической желтухой различного генеза, которым в силу выраженной сопутствующей патологии или запущенности процесса выполнение радикальной операции было противопоказано. Из 36 пациентов с механической желтухой у 51 наложена под контролем УЗИ микрохолецистостома, а у 12 – холангиостома. Холангиостома формировалась с правым или левым долевым желчным протоком у больных с высокой (в воротах печени) обтурационной желтухой опухолевого генеза.

Независимо от этиологии механической желтухи и степени печеночной недостаточности дренирование желчных протоков в течение 1–2 суток значительно улучшало общее состояние больных, лабораторные показатели крови.

Пункционно-дренирующий метод лечения был широко применен при лечении осложнений острого панкреатита. При кистозном поражении

поджелудочной железы санационно-диагностическая пункция выполнена у 86, а пункция в сочетании с дренированием – у 48 пациентов. Среднее количество содержимого в полости кисты составило 350 мл. Удаление дренажей производилось на 13–25 сутки после УЗ контроля эффективности лечения. У 12 больных с панкреонекрозом выполнялось дренирование парапанкреатических абсцессов и флегмон.

Дренирование абсцессов брюшной полости под контролем УЗИ осуществлено у 7 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 5 (71,4%) больных дренирование под контролем УЗИ обеспечило полную санацию гнойной полости.

Таким образом, лечебно-диагностические пункции и чрескожное дренирование под УЗ контролем полостных образований органов брюшной полости – это эффективный метод, позволяющий сократить число послеоперационных осложнений, сроки пребывания в стационаре, уменьшить летальность у наиболее тяжелого контингента больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРМОХИМИОТЕРАПИИ (ИПТХТ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Ревтович М.Ю., Шмак А.И.
РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова
г. Минск, Республика Беларусь

С целью изучения влияния ИПТХТ на прогрессирование заболевания с развитием диссеминации опухоли по брюшине у радикально оперированных (гастрэктомия, лимфодиссекция D2) пациентов с раком желудка с распространением опухоли на серозную оболочку (III–IV тип по Воггтапп) проводится проспективное рандомизированное исследование, рандомизировано 84 больных.

Материал и методы. В основной группе (42 пациента) использована методика ИПТХТ на аппарате HT-1000 Thermochem, USA, в комбинации с цисплатином 50 мг/м² и доксорубицином 50 мг/м², температурный режим 42°C, время экспозиции 1 час. Контрольную группу составили 42 радикально оперированных пациента.