

Предлагаемый способ использован для ушивания сквозных ран печени пациента К., у которого послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. Гемо- и желчеистечения не отмечалось ввиду использования для тампонады сквозной раны васкуляризированного сальника. Традиционно применяющееся ушивание ран печени приводит, как правило, к оставлению свободной полости с большой вероятностью формированием, в последующем, абсцесса печени. Направление проведения сальника через сквозную рану печени от диафрагмальной поверхности к нижней способствует более выраженному эффекту оментогепатопексии.

Выводы. Экспериментально-гистологические исследования, клинические положительные результаты использования метода ушивания сквозных ран печени с использованием васкуляризированной пряди сальника позволяют рекомендовать предлагаемый способ в хирургической практике.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Киров М.А.

Кировская государственная медицинская академия, Россия

Кафедра госпитальной хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Янченко В.А.

В последние годы отмечается неуклонный рост числа больных с непаразитарными кистами печени (НКП). Это связано с широким внедрением в практическое здравоохранение неинвазивных методов исследования. Длительное бессимптомное течение, неспецифичность клинических проявлений, поздняя диагностика и отсутствие единых тактических подходов к хирургическому лечению требует выработки адекватной хирургической тактики у этой группы больных.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА в период с 1999 по 2009 год находилось на обследовании и лечении 110 больных с НКП и поликистозом печени – 28 (25,5%) мужчин и 82 (74,5%) женщины. Возраст больных варьировал от 22 до 78 лет.

Клинические проявления заболевания отмечены у 63 (57,5%) больных. Жалобы сводились, в основном, к ощущению дискомфорта и тяжести в области печени. У остальных больных заболевание протекало бессимптомно. Все больные прошли инструментальное обследование УЗИ, КТ, МРТ. На основании полученных данных проводилась дифференциальная диагностика с паразитарными кистами и другими очаговыми поражениями печени. На основании полученных в процессе обследования данных вырабатывалась дальнейшая лечебная тактика.

Больных с одиночными НКП диаметром менее 5 см без клинических проявлений оставляли под наблюдением с периодическим УЗИ-контролем не реже 1 раза в год. Всего таких больных было 39 (40,5%). Больным с кистами диаметром более 5 см, при наличии клинической симптоматики, осложнений, а также в случаях увеличения размеров кист при динамическом контроле ставили показания к хирургическому лечению. Оперирован 71 (64,5%) пациент.

«Открытые» хирургические вмешательства выполнены у 34 (47,9%) больных. Из них левосторонняя гемигепатэктомия – 6 больным, правосторонняя гемигепатэктомия – 4, центральная резекция печени у 1 больного, левая кавальная лобэктомия – у 4, резекция пятого сегмента печени с кистой – у 1, удаление кисты с оболочкой (перпицистэктомия) – у 3 пациентов, фенестрация кист с последующими дезэпителизацией и капитонажем – у 15. Показаниями к выполнению «открытых» операций у больных с НКП служили: множественное поражение одной из долей печени с атрофией функционально полноценной паренхимы пораженной доли.

Малоинвазивные вмешательства выполнены у 37 (52,1%) пациентов: фенестрация с применением видеолапароскопической установки 6 больным, чрескожное дренирование под контролем УЗИ – 19 больным. Выбор метода малоинвазивного вмешательства осуществляли,

исходя из следующих позиций: при наличии у больного солитарной кисты, выходящей одной из стенок на поверхность печени, предпочтение отдавали видеолапароскопической фенестрации кист с максимально возможным иссечением оболочек и обработкой полости склерозирующим раствором. В случаях интрапаренхиматозной локализации кист и отсутствии клинико-лабораторных признаков осложнений производили пункционное дренирование кистозных образований под контролем УЗИ с последующим введением склерозанта. 12 больным с локализацией кист в правой парамедианной и левой кавальной доле (5,4,2, и 3 сегменты) радикальное удаление кист производили при помощи набора «миниассистент».

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 2 (2,8%) больных, оперированных из лапаротомного доступа. Из них у 1 больного наблюдался желчный затек после гемигепатэктомии, который потребовал повторного оперативного вмешательства (пункция с дренированием), и у 1-го больного развился левосторонний плеврит, который был излечен пункционно. В группе малоинвазивных вмешательств осложнений не отмечено. Летальных исходов не было.

Таким образом, в лечении больных с НКП остаются актуальными вопросы выбора оптимальной хирургической тактики. Необходим строго индивидуальный подход к выбору способа хирургического лечения, который определяется объемом поражения ткани печени, локализацией кист, их количеством, отношением к поверхности печени, величиной, состоянием функции печени и наличием сопутствующей патологии. Предпочтение в лечении НКП отдаем малоинвазивным методам, как наиболее оптимальным, с точки зрения травматичности и риска развития осложнений в послеоперационном периоде.

КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Климов Р.В.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н., доцент Калугин А.В.

Лечение пациентов, страдающих посттравматическим остеомиелитом длинных костей конечностей представляет для практических врачей серьезную проблему.

Цель работы: выработка хирургической тактики в лечении посттравматического остеомиелита длинных костей конечностей.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни, протоколы оперативных вмешательств, данные клинического, инструментального, рентгенологического и лабораторного исследований 19-ти пациентов, получивших механические повреждения сегментов нижних конечностей, у которых в процессе лечения развился остеомиелит длинных костей в области травмы. Всем пациентам были выполнены вмешательства с использованием костно-пластических материалов. Локализация патологии была следующей: бедро – 2; голень – 6; плечо – 3; кости предплечья – 6; кости кисти и стопы – 2. Возраст пациентов составил от 20 до 58 лет. Всем пациентам выполнялась ФСНЭ и дополнялась костной пластикой, причем во всех случаях применялся аллогенный костно-пластический материал, консервированный по разработанному сотрудниками кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Гродненского медицинского университета (А.С. № 1497704) способу, а при дефиците мягких тканей зона трансплантации дополнительно укрывалась свободными расщепленными аутологичными перфорированными кожными лоскутами.

Результаты и обсуждение. Получены положительные результаты в 68% случаев. В 3 случаях пластика выполнялась минерализованной костной тканью, в 6 костным матриксом. У 2 пациентов после выполнения костной пластики минерализованной отмытой губчатой аллокостью отмечен рецидив, сопровождавшийся секвестрацией пластического материала.