

Представительство ООО «TAKEDA OSTEUROPA HOLDING GmbH»
(АВСТРИЙСКАЯ РЕСПУБЛИКА) В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ
220073 г. Минск, ул. Ольшанского, 22
тел.: 312-12-01, факс: 292-92-09
Рег.д.: № 1279/95/2000/05/08/10 от 27.04.2010г.,
№ 8326/07/12 от 01.11.2012г.
Для специалистов здравоохранения



 **Цераксон**[®]
ЦИТИКОЛИН
Достоверно увеличивает степень
восстановления пациентов
после ишемического инсульта^{1,2}
и черепно-мозговой травмы³

АКТОВЕГИН[®]
Мощный современный антигипоксикант
для профилактики и лечения
гипоксических и ишемических
нарушений головного мозга
и их последствий

СОХРАНИ КАЖДОЕ МГНОВЕНИЕ ЖИЗНИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного
образования»
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
Учреждение здравоохранения
«Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

ЭКСТРЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Сборник научных трудов
республиканской научно-практической конференции,
посвященной 35-летию
учреждения здравоохранения
«Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи»

28 ноября 2013 года
г. Минск Республика Беларусь
Под общей редакцией ректора Бел МАПО,
Чл.-корр. НАН РБ, д.м.н., профессора
Демидчика Ю.Е.

Минск
БелМАПО
2013

1. Davalos A, Castillo J, Alvarez-Sabin, Secades JJ, Mercader J, Lopez S, Cobo E, Warach S, Sherman D, Clark WC, Lozano R. Stroke 2002; 33 : 2850-2857
2. Cohadon, F, Richer, E, Paletto, B. Etude d'un precureur des phospholipides le traitement des comas traumatiques graves. Neurochirurgie 1982; 28 : 287-290
3. Galletti, P, De Rosa, M, Cotticelli, M.G, Morana, A, Zappia, V. Biochemical rationale for the use of CDP-choline in traumatic brain injury: pharmacokinetics of the oral

Разработанная система будет востребована в практике трансплантологии для обеспечения возможности подбора оптимально подходящего реципиента для трансплантата, с последующим созданием базы функционирующих сердечных трансплантатов.

Литература

1. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. / Кэмм Джон, Лешер Томас, Серруис Патрик — ГЭОТАР-Медиа, 2011 г. 1480 с., ил.
2. Основы кардиологии. Принципы и практика (2-е издание) / Под ред. Проф. Клива Розендорфа — Львов: Медицина свиту, 2007. 1060 с., ил.
3. Устройство для дистанционной тромболитической терапии. — Митьковская Н. П., Губкин С. В., Давидович А. Н., Крупенин В. П., Лемешко Е. В. Патент РБ № 6733.- Дзярж. Пат. Камітэт Рэсп. Беларусь — 2010.
4. http://www.cleveland.com/healthfit/index.ssf/2012/08/heart_in_a_box_invention_to_ex.html
5. <http://www.youtube.com/watch?v=4wu-awjxnv0>
6. http://www.transmedics.com/wt/page/PROCEED_II
7. <http://www.uclahealth.org/body.cfm?id=502&action=detail&ref=862>

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОДНОПОРТОВАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СИСТЕМЫ ЛАПАРОЛИФТ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)

¹Жура А. В., ²Маслов В. П., ¹Большов А. В.

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Минска

В развитии хирургии на протяжении нескольких последних десятилетий прослеживается очевидная тенденция к развитию малоинвазивных оперативных вмешательств при практически любой хирургической патологии. Во многих случаях именно доступ, а не объем вмешательства определяют общую переносимость операции, темпы выздоровления, срок восстановления трудоспособности. Положение, когда травма вследствие доступа к оперируемому органу превышает непосредственный объем оперативного вмешательства, представляет лапароскопические методики операций в крайне выгодном свете. Особенно это касается вмешательств, выполненных пациентам с ожирением, когда увеличенный слой подкожной жировой клетчатки вынуждает хирурга увеличивать длину разреза без всякой связи с объемом предстоящего оперативного вмешательства, что приводит к увеличению операционной травмы и возникновению ряда специфических осложнений со стороны раны. В силу указанных причин лапароскопическая аппендэктомия заняла свое заслуженное место в ряду широко распространенных лапароскопических операций, таких как гинекологические вмешательства и холецистэктомия.

Повсеместному распространению лапароскопической аппендэктомии препятствуют неполная техническая оснащенность некоторых стационаров, недостаточное владение техникой лапароскопических операций, осложненное течение острого аппендицита и противопоказания к выполнению хирургических

вмешательств лапароскопическим способом. Первые две причины являются чисто техническими. Гангрена червеобразного отростка, его перфорация, аппендикулярный перитонит также не являются абсолютными противопоказаниями к лапароскопической аппендэктомии, а способность выполнить необходимую операцию лапароскопически при этом больше зависит от мастерства хирурга. Так за 2012 г. в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска всего выполнено 920 аппендэктомий, из них 747 открытых, 99 лапароскопических и 74 после выполнения диагностической лапароскопии и конверсии в открытую операцию. Несомненно, что при увеличении опыта хирурга в лапароскопической хирургии количество конверсий можно значительно снизить.

Отдельного упоминания заслуживает ряд пациентов, которым в силу наличия у них патологии сердечно-сосудистой и дыхательных систем, противопоказано наложение карбоксиперитонеума. Необходимость его создания имеет ряд отрицательных моментов, обусловленных следующими факторами [1]. Изменение механики дыхания вследствие поднятия диафрагмы ведет к нарушению вентилиционно-перфузионных отношений, гиперкапнии и респираторному ацидозу. Гемодинамические расстройства являются следствием компрессии брюшной аорты и нижней полой вены. Карбоксиперитонеум вызывает изменение кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза вне связи с продолжительностью операции и объемом инсuffлированного газа [1, 8]. Кроме этого существует ряд специфических осложнений пневмоперитонеума, таких как пневмоторакс, пневмомедиастинум, пневмоперикард, подкожная эмфизема, газовая эмболия, боль в плече, обусловленная раздражением диафрагмального нерва.

Стремление хирургов нивелировать отрицательные эффекты карбоксиперитонеума привели к поиску методов визуализации брюшной полости с помощью поднятия брюшной стенки специальными устройствами, крепящимися к операционному столу. Этот метод получил название безгазовой лапароскопии (Gasless Laparoscopy) [7]. В 1991 году Chin и Moll разработали систему, которая механически поднимает брюшную стенку и позволяет выполнять лапароскопическое вмешательство без формирования пневмоперитонеума [2].

Преимущества безгазовой лапароскопии:

1. Отсутствие отрицательных явлений карбоксиперитонеума;
2. Отсутствие необходимости в герметичности брюшной полости;
3. Применение вакуум-аспирации не приводит к уменьшению рабочего пространства;
4. Возможность использования инструментов для открытой хирургии;
5. Возможность при возникновении трудностей проведения минилапаротомии и выполнения лапароскопически ассистированной операции.

Основным недостатком безгазовой лапароскопии является ограничение визуализации брюшной полости [2]. Это обусловлено специфической формой образуемого пространства в виде усеченной пирамиды, в отличие от пневмоперитонеума, где пространство образуется в виде купола (рисунок 1). Кроме того отсутствует прижимающее действие газа на органы брюшной полости, что еще более уменьшает рабочее пространство.

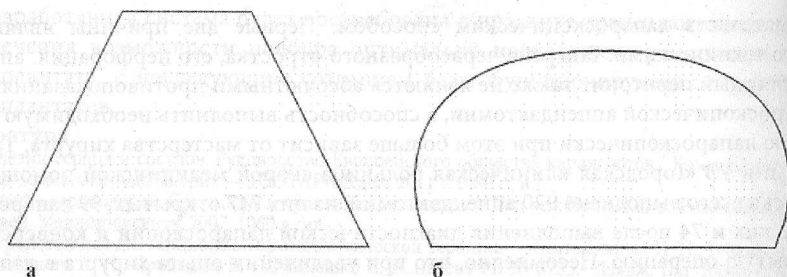


Рисунок 1. Форма рабочего пространства при безгазовой (а) и традиционной (б) лапароскопии

Несмотря на хороший косметический эффект лапароскопических операций, в дальнейшем развитии лапароскопической хирургии разрабатываются оперативные техники направленные на минимизацию количества разрезов. Разработана технология, когда для проведения оперативного вмешательства используется единый разрез, как для установки камеры, так и для ведения рабочих инструментов [3, 4]. В литературе указанный способ получил название Single Incision Laparoscopic Surgery, SILS («лапароскопическая хирургия через один разрез»). Впервые в мире операция с применением данной технологии была выполнена Navarra et al. в 1997 году при хроническом холецистите [2].

Преимуществом способа является высокий косметический эффект — один небольшой разрез, выполненный, как правило, чрезпупочно или околопупочно по переходной складке, после заживления раны оставляет небольшой незаметный рубчик. При проведении операции используют специальные порты с несколькими каналами (рисунок 2).

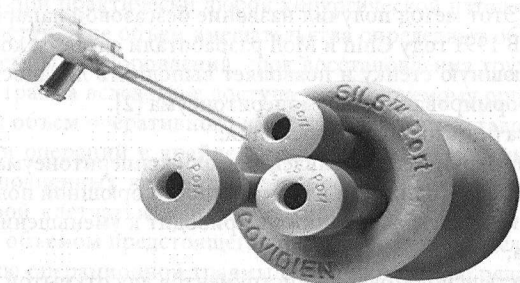


Рисунок 2. SILS умбиликальный порт

В иностранной литературе наряду с SILS в настоящее время также используют следующие термины:

- SPL — Single port laparoscopy («однопортовая лапароскопия»);
- SPA — Single port access («однопортовый доступ»);
- LESS — laparoendoscopic single-site surgery («лапароэндоскопическая хирургия одного доступа»);

OPUS — one port umbilical surgery («однопортовая хирургия доступом через пупок»).

С целью получения преимуществ безгазовой лапароскопии и «хирургии через один разрез» в нашей работе мы провели объединение указанных методик при выполнении аппендэктомии. При этом мы руководствовались следующими ожидаемыми эффектами: отсутствие отрицательных моментов пневмоперитонеума, возможность произвести ревизию и санацию всех отделов брюшной полости с применением эндовидеоскопической техники, отсутствие боли в плече в послеоперационном периоде, применение стандартных инструментов для открытых и лапароскопических операций, хороший косметический эффект при применении принципов SILS, вследствие отсутствия необходимости в герметичности брюшной полости становится ненужным дорогостоящий многоканальный порт.

С целью поднятия брюшной стенки мы использовали собственную систему спиралевидного лапаролифта, который крепится к операционному столу. Устройство системы позволяет достигнуть достаточных степеней свободы по всем плоскостям и выполнить тракцию брюшной стенки в необходимом направлении (Рисунок 3).

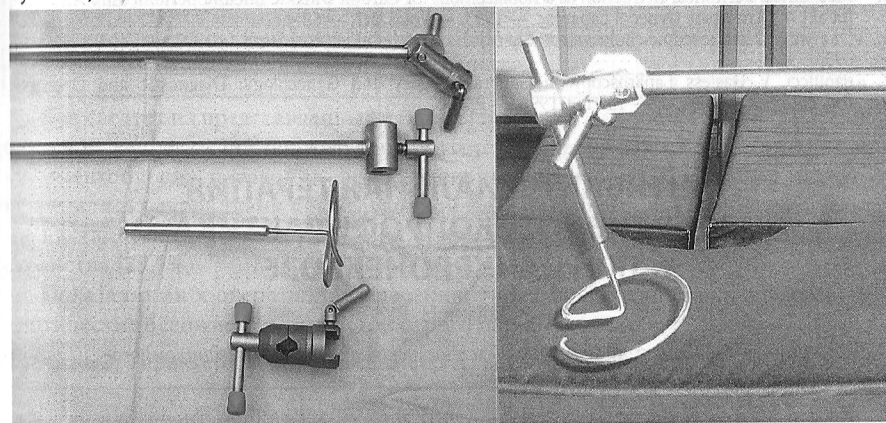


Рисунок 3. Разработанная система лапаролифта

Всего выполнено 4 оперативных вмешательства. У трех пациентов изменения отростка соответствовали острому флегмонозному аппендициту, при этом в одном случае отросток был расположен ретроцекально ретроперитонеально подпеченочно. В четвертом случае определен острый гангренозный аппендицит в рыхлом инфильтрате с развитием серозно-фибринозного перитонита по правому боковому каналу и в малом тазу. Установка лапаролифта, видеолапароскопа и рабочих инструментов проводилась через единый поперечный разрез над пупком. Техника выполненных операций была аналогична стандартной лапароскопической аппендэктомии. Во всех случаях после санации брюшная полость зашивалась наглухо. Результатом операции являлась рана около 2 см длиной по переходной складке над пупком. Длительность операции была несколько выше, чем при

стандартной лапароскопической аппендэктомии, что обусловлено освоением методики. В ходе операции осложнений со стороны анестезиологического пособия не было. В послеоперационном периоде пациенты субъективно отмечали умеренный болевой синдром в области раны, необходимости в назначении наркотических анальгетиков не было, активизация пациентов, прием жидкости и пищи начаты в день операции.

Таким образом, полученный положительный опыт свидетельствует о возможности выполнения лапароскопической аппендэктомии с применения принципов SILS и безгазовой лапароскопии с положительными эффектами обеих методик, что требует дальнейших исследований в данном направлении.

Литература

1. Analysis of the hemodynamic and ventilatory effects of laparoscopic cholecystectomy / C. M. Wittgen [et al.] // Arch Surg. — 1991. — Vol. 126, N8. — P. 997–1000.
2. Gasless Versus Conventional Laparoscopy / J. C. Lukban [et al.] // N J Med. — 2000. — Vol. 97, N5. — P. 29–34.
3. Laparoendoscopic Single-Site Surgery (LESS) in Gynecology: a Multi-Institutional Evaluation / A. N. Faden [et al.] // Am J Obstet Gynecol. — 2010. — Vol. 203, N5. — P. 1–6.
4. Laparoendoscopic Single-site Surgery in Gynecology: Review of Literature and Available Technology / S. Uppal [et al.] // J Minim Invasive Gynecol. — 2011. — Vol. 18, N1. — P. 12–23.
5. Mechanical Peritoneal Retraction as a Replacement for Carbon Dioxide Pneumoperitoneum / A.K. Chin [et al.] // J Am Assoc Gynecol Laparosc. — 1993. — Vol. 1, N1. — P. 62–66.
6. One-wound laparoscopic cholecystectomy / G. Navarra [et al.] // Br J Surg. — 1997. — Vol. 84, N5. — P. 695.
7. Paolucci, V. Gasless Laparoscopy in General Surgery and Gynecology: Diagnostic and Operative Procedures / V. Paolucci. — Thieme, 1996. — P. 160.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Завада Н. В.

Кафедра неотложной хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования, г. Минск, Беларусь

Лечение пациентов с панкреонекрозом остается одной из актуальных проблем неотложной хирургии. По официальным статистическим данным в Республике Беларусь в последние годы оперируются более 1 тысячи пациентов с острым панкреатитом, что составляет около 3,0% от всех операций при острой хирургической патологии. К сожалению, послеоперационная летальность при данном заболевании все еще остается на достаточно высоком уровне. От острого панкреатита ежегодно в республике умирают более 50,0% среди всех умерших после операций при экстренных хирургических заболеваниях живота. При панкреонекрозе у 40–70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции, а инфекционные осложнения составляют 80% причин смерти больных с деструктивным панкреатитом. Следовательно, профилактику гнойных осложнений следует считать одним из основных направлений повышения результативности лечения пациентов с острым некротическим панкреатитом.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности антибактериальной терапии и антибиотикопрофилактики при панкреонекрозе.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ применения антибактериальных препаратов у 52 пациентов с острым панкреатитом, которые были оперированы в Минской городской клинической больнице скорой медицинской помощи в 2009–2012 годах. Мужчин было 43 (82,7%), женщин — 9 (17,3%). Средний возраст составил $49,7 \pm 7,3$ лет.

До 3 суток от начала заболевания оперировано 7 (13,5%), от 4 до 7 суток — 15 (28,8%), от 7 до 14 суток — 21 (40,4%) и от 15 суток и более — 9 (17,3%) больных.

Таблица 1. Распределение пациентов по характеру поражения поджелудочной железы.

Характер поражения поджелудочной железы и окружающих тканей	Количество пациентов	%
Инфицированный панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом, оментобурсит, параколит, ферментативный перитонит	37	71,1
Изолированный инфицированный панкреонекроз.	9	17,3
Панкреатические псевдокисты.		
Инфицированный панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом, абсцесс сальниковой сумки.	4	7,7
Инфицированный панкреонекроз с перипанкреатическим некрозом, флегмона брюшинного пространства.	2	3,9
Всего	52	100

Как следует из представленных данных (таблица 1), наиболее часто (71,1%) наблюдался некроз ткани поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки, оментобурсит, параколит, ферментативный перитонит. С меньшей частотой встречались некроз ткани поджелудочной железы в сочетании с панкреатическими кистами, абсцессом сальниковой сумки или флегмоной брюшинного пространства (28,9%).

Показаниями к оперативному лечению у всех пациентов явились гнойно-некротические осложнения тяжелого острого панкреатита.

Таблица 2. Характер оперативных вмешательств у пациентов с панкреонекрозом.

Характер операций		Количество пациентов	%
Операции под УЗИ контролем	Дренирование: абсцессов, сальниковой сумки, параколон, брюшной полости	21	40,4
Видеолапароскопические операции	Дренирование: сальниковой сумки, параколон, брюшной полости	17	32,7
Открытые операции	Некрсеквестэктомия; дренирование: сальниковой сумки, параколон, брюшной полости; вскрытие и дренирование абсцессов	14	26,9
Всего:		52	100

Как следует из представленных данных (таблица 2), наибольшее количество операций (73,1%) выполнено с использованием малоинвазивных технологий.

Результаты и обсуждение. Эмпирическая антибиотикопрофилактика началась в первые 24 часа от поступления в стационар у 34 (65,4%) пациентов с тяжелым острым панкреатитом и продолжалась в до- и послеоперационном периодах.